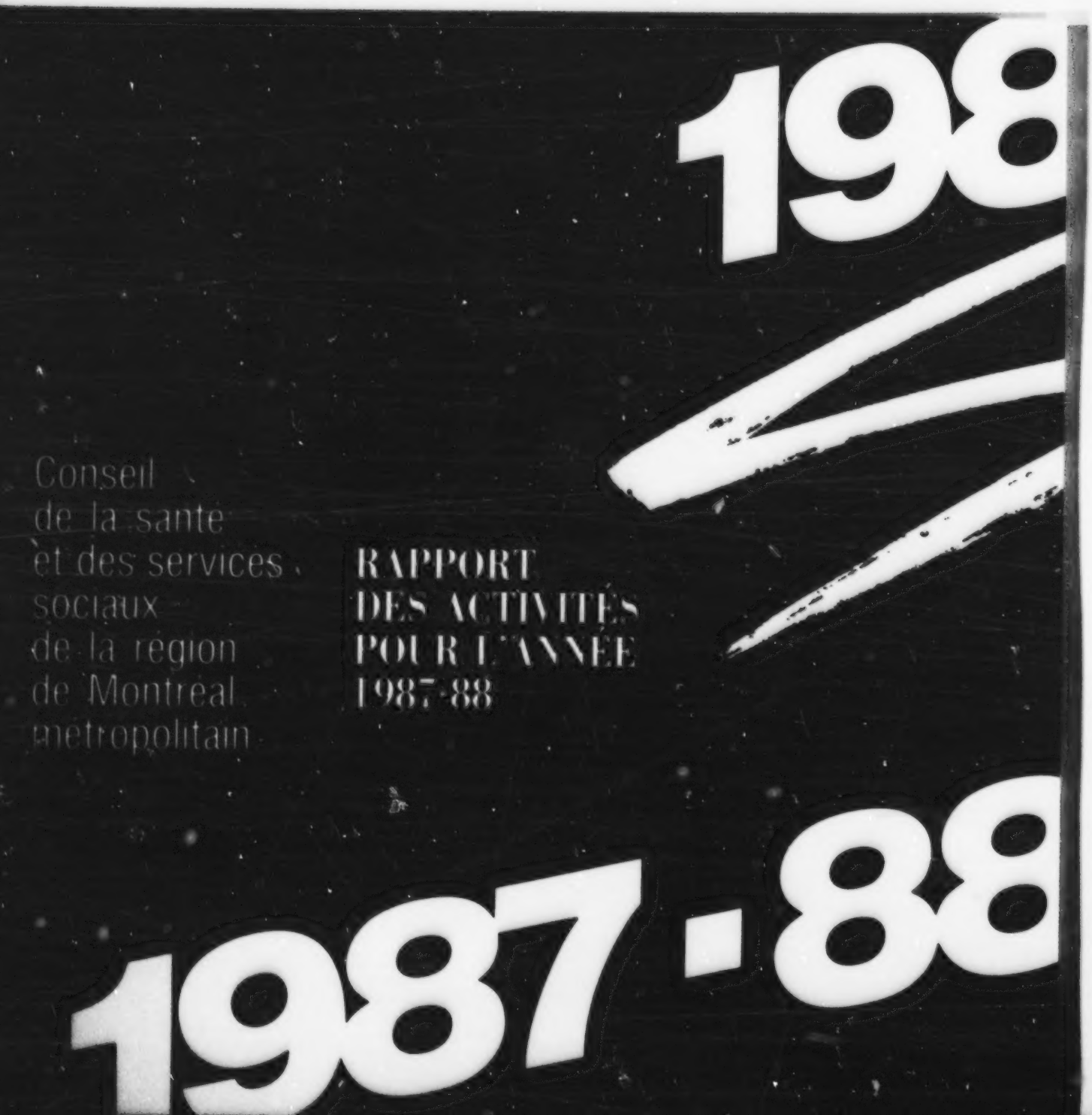
PARTS OF THE ORIGINAL DOCUMENT

ARE OF POOR REPRODUCTIVE QUALITY

CERTAINES PARTIES DU DOCUMENT ORIGINAL

SONT DE PIÈTRE QUALITÉ DE REPRODUCTION


198
Conseil
de la santé
et des services
sociaux
de la région
de Montréal
métropolitain
RAPPORT
DES ACTIVITÉS
POUR L'ANNÉE
1987-88
1987-88

Le sigle représente les composantes du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain et donne l'image des interrelations entre ces composantes en conformité avec ses objectifs et ses fonctions.

La décentralisation de pouvoirs en faveur du Conseil et du réseau respecte la participation et l'autonomie de la gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité sous-tendent cette orientation.

Le sigle du Conseil régional regroupe trois éléments distincts mais inextricablement liés: le Conseil, les établissements et organismes ainsi que la population. Le point représente le Conseil, pivot de la stabilité et de l'équilibre de l'ensemble; il indique en outre le rôle décisionnel du Conseil. Le carré brun représente les établissements et les organismes du réseau. Les carrés gris représentent les usagers, les groupes de citoyens et le grand public.

1987-88

TABLE DES MATIÈRES

Le message du président 4
Le message du directeur général 5
Les membres du conseil d'administration 7
Les commissions administratives et les comités régionaux 8

Chapitre I

Le Conseil de la santé et des services sociaux et la région de Montréal métropolitain

La région de Montréal métropolitain 11
Les établissements de la région 12
Les principales communautés culturelles 14

Chapitre II

Les directions du Conseil régional

La Direction de la planification, des systèmes et méthodes 17
La Direction de la programmation 19
• Services de première ligne 20
• Services d'hébergement et de soins de longue durée 23
• Services de réadaptation 24
• Services hospitaliers de courte durée 28
• Services de santé mentale 31
La Direction des Urgences santé 33
La Direction de l'information et des relations avec la population 35
La Direction des ressources humaines 42
La Direction des services administratifs 44

Les publications du Conseil régional 46

LE MANDAT DU CONSEIL RÉGIONAL

Le Conseil régional est un organisme para-public, implanté depuis 1972, qui coordonne et met en rapport la population, les établissements et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il vise à assurer la planification, la programmation, l'administration et l'évaluation des services de santé et des services sociaux dans les régions de Montréal centre et Laval.

Mandat

Le mandat général du Conseil régional est de contribuer à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et ses conditions sociales.

En conformité avec les politiques gouvernementales et dans un esprit de participation et de démocratie, le Conseil régional doit s'assurer que les services rendus soient continus, accessibles, efficaces et adaptés aux besoins de la population et aux exigences du milieu, et ce en évitant la double responsabilité et la duplication.

Jean Savard
Président

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame la ministre,

Au nom du président sortant, Dr Claude Farah-Lajoie, et en mon nom personnel, je suis heureux de vous présenter le bilan des activités pour l'année écoulée. Pour des raisons professionnelles, le docteur Farah-Lajoie a dû démissionner en janvier dernier et je me fais un honneur de le remercier du grand intérêt qu'il manifestait vis-à-vis le Conseil régional et de son souci constant du bien-être de la population.

À la lecture de ce rapport, vous pourrez déceler les orientations et les préoccupations qui ont guidé notre conseil d'administration au cours de l'année 1987-1988. Vous y trouverez également un aperçu des actions concrètes entreprises par notre permanence pour mieux répondre, dans le cadre de nos orientations, aux besoins de la population de notre région.

Nous demeurons préoccupés par la complexité et l'ampleur des problèmes vécus par la clientèle; nous faisons confiance aux efforts de bonne volonté et de concertation de l'ensemble des intervenants et espérons qu'ils seront à la hauteur des attentes et des besoins de la population de la région de Montréal métropolitain.

Jean Savard,
Président du conseil d'administration

LE MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Ce rapport est le fruit d'une année de présence agissante au niveau de l'organisation des services. Le sommaire des activités de nos directions témoigne des réalisations concrètes. Les énergies de notre personnel et des membres du conseil d'administration ont été orientées sur l'identification des besoins régionaux prioritaires et sur le choix des programmes appropriés pour répondre à ces besoins.

Depuis toujours, avant même les délibérations de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), le Conseil régional a prôné, dans son fonctionnement, une approche clientèle et une approche réseau de services et ce, afin de centrer les services sur la personne, d'intégrer les services dans le système de façon complémentaire et continue, de rendre plus vivante la participation de la population et des établissements, d'actualiser vraiment la régionalisation. Nous avons opté pour le concept de régionalisation et l'avons vigoureusement défendu lors de nos échanges avec les autorités du Ministère et dans nos positions face à la Commission Rochon.

La définition des rôles et des mandats du Ministère, des instances régionales et des établissements se précisera dans les mois qui viennent. Comme partenaire engagé, tout en ayant un grand respect pour l'autorité centrale et pour l'autorité locale, le Conseil régional continuera de démontrer, par des actions concrètes, la nécessité de maintenir dynamique une instance régionale légitime et représentative de son milieu. Une telle instance doit veiller à assurer sans discrimination l'accessibilité, la complémentarité, la continuité des services aux clientèles prioritaires de sa région, et à ce que l'allocation et la distribution des ressources soient équitables. Les pages qui suivent illustrent clairement les résultats bénéfiques atteints par le Conseil régional. À partir de l'écoute et de l'accueil à l'usager, revoyant les services offerts de l'enfance à la personne âgée, des services de première ligne aux services tertiaires, l'action régionale est manifestement importante, au plan de l'organisation des services comme au plan de l'allocation des ressources.

Nous voulons remercier toutes celles et ceux qui y apportent leur contribution en dépassant leurs horizons locaux. C'est avec grande fierté qu'un merci très spécial est présenté à la vaillante équipe de permanents et aux membres dévoués du conseil d'administration du Conseil régional.

Ensemble, nous entamons l'année 1988-1989 en maintenant quatre objectifs prioritaires:

- centrer nos activités sur l'identification des besoins des clientèles prioritaires et sur l'organisation des services intégrés à ces clientèles (approche clientèle,approche réseau);
- dans le traitement de nos dossiers, améliorer et étendre l'application de la formule de gestion de projet avec ''leader'' spécialisé et équipe pluridirectionnelle;
- maintenir l'équilibre budgétaire, faire des choix prioritaires dans le cadre des autorisations budgétaires et assurer un suivi et un contrôle rigoureux;
- procéder à la révaluation de la mission, des fonctions, de la structure et des modalités de fonctionnement du Conseil régional.

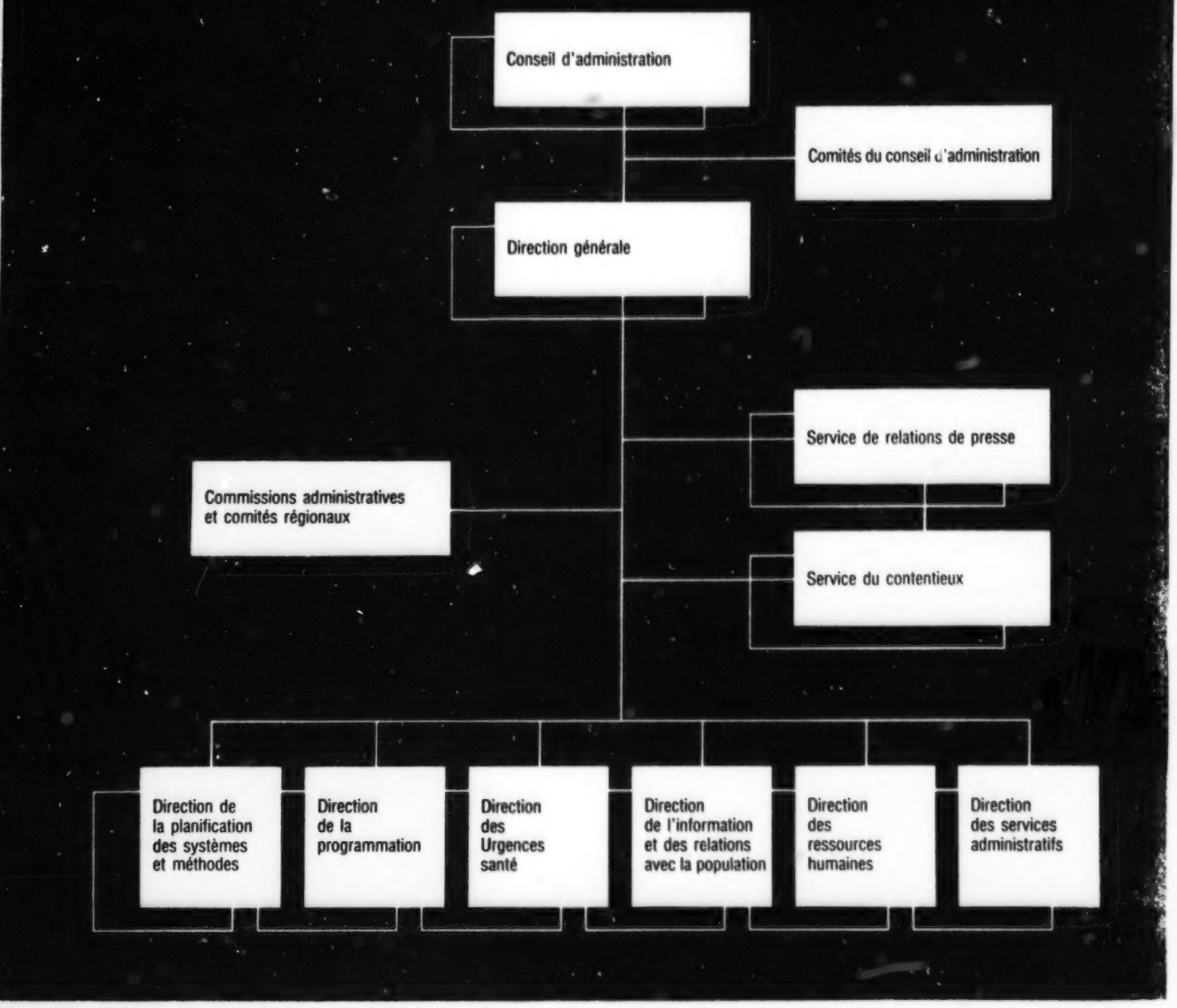
Partnership: respect - confiance
Accomplissement: sérénité - détermination

Gérard Marcoux

Gérard Marcoux, Adm.A., F.A.C.H.E.
Directeur général

Gérard Marcoux
Directeur général

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN



LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

7

Par collèges électoraux

Maires des municipalités
M. John Parisella
M. Russell Williams

Groupes socio-économiques
Mme Patricia Girard
M. Jules H. Levasseur
Mme Berthe Michaud
M. Jean Savard (président)

Directeurs généraux des établissements
M. Jacques Maynard

Centres hospitaliers
M. Jean Leblanc (vice-président)
M. Archie S. Deskin

Conseil des médecins et dentistes
Dr Claude Farah-Lajoie (départ janvier 1988)

Centre locaux de services communautaires (C.L.S.C.)
M. Pierre Ouimet

Centres de services sociaux
Mme Frances Boylston
Mme Lorraine Brault

Centres d'accueil
Mme Rolande Laurin Dorval

Universités
Dr Gilles Tremblay

Collèges d'enseignement général et professionnel (C.E.G.E.P.)
M. Yves Mongeau

Organismes bénévoles
M. Ross Robinson

Directeur général du C.S.S.S.R.M.M.
M. Gérard Marcoux (secrétaire)

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES ET LES COMITÉS RÉGIONAUX

Afin de réaliser certains mandats et d'atteindre ses objectifs, le Conseil régional a créé des commissions administratives et des comités régionaux. Cette structure, regroupant les principaux interlocuteurs des différents domaines d'intervention, est un instrument de concertation régionale. Grâce à ce mécanisme, le Conseil régional parvient à une décentralisation à l'égard du ministère de la Santé et des Services sociaux, favorise la concertation entre établissements et organismes et s'assure de l'adaptation des ressources aux besoins de la population.

Direction de la programmation

Commission administrative des services communautaires
Pierre Durocher, président
Nicole Fontaine, coordonnatrice

Commission administrative des services d'hébergement et soins prolongés
Juliette Pilon-Bailly, présidente
Colette Tracyk, coordonnatrice

Commission administrative de la mésadaptation sociale
Micheline Larose, présidente
Chantal Lavigne, coordonnatrice

Commission administrative des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
Yvan Hébert, président
Ronald McNeil, coordonnateur

Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques
Jacques Hendlisz, président
Nicole Paré-Fabris, coordonnatrice

Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies
Michel Landry, président
Réal Daoust, coordonnateur

Commission administrative des services de santé mentale
Dr Camille Laurin, président
André Cimon, coordonnateur

Commission administrative des services hospitaliers de courte durée
David Levine, président
Marie-France Pfeiffer, coordonnatrice

Direction de la planification, des systèmes et méthodes

Comité régional en santé communautaire
John Hoey, président
Luc Deslauriers, coordonnateur

Comité d'informatique régional
Yves Lachapelle, président
Yvan Mauger, coordonnateur

Direction de l'information et des relations avec la population

Comité régional sur l'information et les communications
Jean Garneau, président
Marie Déquier, coordonnatrice

Table de concertation des porte-parole des malades
Marie Déquier, coordonnatrice

Comité d'évaluation pour l'accréditation des organismes bénévoles
Marie Déquier, coordonnatrice

Direction des services administratifs

Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S.
Jean-Paul Goyer, président
Robert Demers, coordonnateur

Comité régional de buanderie
Pierre Chénier, président
Raymond Hébert, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe "A"
Patrick J. Aucoin, président
Yves Brisson, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe "B"
Paul-Yvon Forest, président
Mario Gervais, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe "C"
Michel Delisle, président
Paul Morency, coordonnateur

Commission administrative des approvisionnements en commun Groupe "D"
Louis Gariépy, président
Réjean Boutet, coordonnateur

Commission administrative des immobilisations C.H.
Pierre Marsan, président
Robert Demers, coordonnateur

Direction des ressources humaines

Comité régional de développement des cadres
Nicole Thiffault, présidente par intérim
Pierre Beaulieu, coordonnateur

I.

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

Territoires des départements de santé communautaire

1. Général de Montréal
2. Verdun
3. Ste-Justine
4. St-Luc
5. Lakeshore
6. Sacré-Coeur
7. Maisonneuve-Rosemont
8. Laval

LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

Le C.S.S.S.R.M.M. doit assurer la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation des programmes régionaux de santé et de services sociaux pour la population de Montréal centre et Laval. Suite à l'adoption du décret 2000-87 le 22 décembre 1987, le territoire desservi par le C.S.S.S.R.M.M. demeure le même: Ile de Montréal, Ile des Soeurs, Ile Bizard et l'Ile Jésus. Cependant, le décret divise le territoire du Québec en seize régions administratives respectant intégralement les limites actuelles des municipalités régionales de comté (M.R.C.). Ainsi la région 06-A (Montréal centre) couvre le territoire de la Communauté urbaine de Montréal et la région 06-E le territoire de la M.R.C. de Laval.

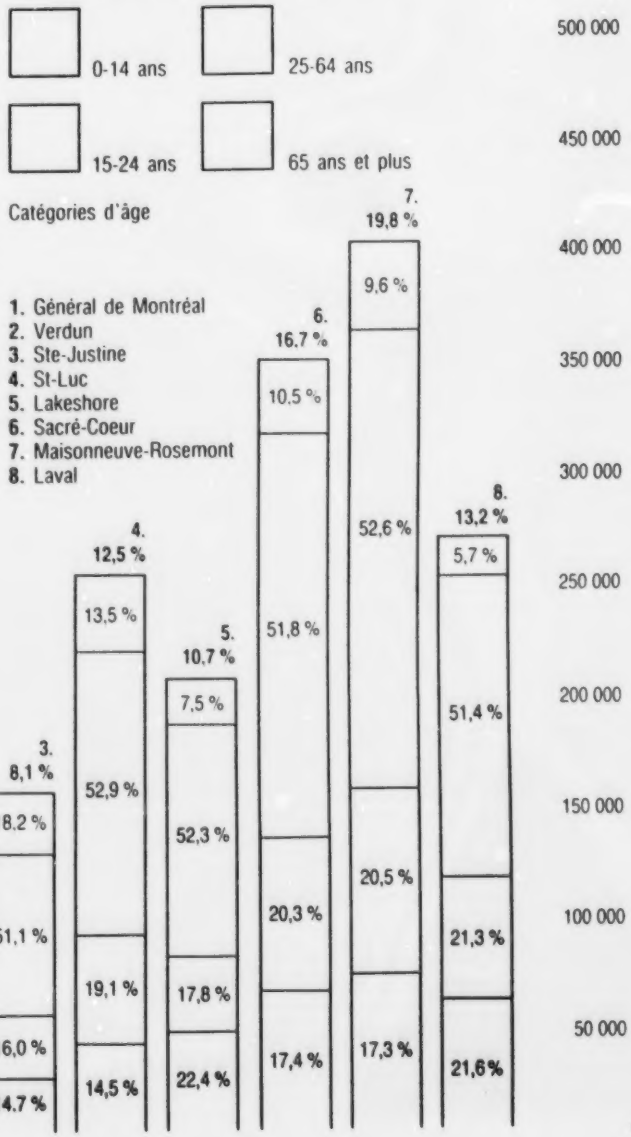
Afin de contribuer à améliorer l'état de santé et social de la population et d'influencer le milieu et les conditions sociales dans lesquels vivent ses citoyens, le Conseil régional doit bien connaître la spécificité de la population des régions 06-A et 06-E.

Si toutes données démographiques sont importantes, nous croyons utile d'en souligner quelques-unes:

- le taux de pauvreté chez les femmes est 10% plus élevé que la moyenne régionale et 23% plus élevé que chez les hommes;
- 85% des familles monoparentales ont une femme à leur tête;
- les 10 à 15 000 sans-abri de la région sont aussi sans emploi, sans fonction et sans rôle social, femmes et jeunes adultes occupant une place importante. Certaines études évaluent entre 23% à 50% les itinérants aux prises avec de sérieux problèmes de santé mentale;
- la population de 65 ans et plus, pour les régions 06-A et 06-E, qui se chiffrait à 218 725 personnes en 1981, sera composée de 282 593 personnes en 1996, soit 16,3% de la population totale de la région;
- le nombre d'assistés sociaux, dans les régions 06-A et 06-E se chiffrerait à 216 000, ce qui représenterait environ 550 000 pauvres;
- les francophones et les allophones partagent le même taux de pauvreté de 5% supérieur à la moyenne régionale, et de 26,7% supérieur à celui des anglophones;
- la maladie mentale est la première cause d'hospitalisation des hommes de 25 à 44 ans et la seconde chez les femmes;
- en 1986 il y avait 1 243 260 femmes de plus de 15 ans; en se basant sur les statistiques canadiennes indiquant qu'une femme sur dix est battue, il existerait 124 326 victimes potentielles dans notre région.

Population totale: 2 026 540

Répartition par territoire de la population de la région 06-A et 06-E



LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

Établissements de santé et de services sociaux régions 06-A (Montréal centre) et 06-E (Laval)

Sous-régions	Lakeshore		Laval		Maisonneuve-Rosemont		Général de Montréal		Sacré-Coeur		Saint-Luc		Sainte-Justine		Verdun		Régions 06-A et 06-E		
Catégories d'établissements	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	Caractère pu.	pr.	TOTAL
CH-TOTAL	**4**	**2**	**2**	**2**	**11**	**8**	**12**	**3**	**8**	**4**	**7**	**2**	**7**	**0**	**4**	**2**	**55**	**23**	**78**
Courte durée	3	0	2	1	4	1	10	3	5	0	4	0	5	0	2	0	35	5	40
Longue durée	1	2	0	1	4	7	2	0	3	4	3	2	2	0	1	2	16	18	34
Vocation psychiatrique	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	4
CA-TOTAL	**9**	**5**	**8**	**14**	**15**	**11**	**11**	**9**	**13**	**17**	**8**	**4**	**2**	**3**	**4**	**4**	**71**	**67**	**138**
Hébergement	4	5	2	13	7	11	5	5	6	16	4	2	1	3	4	3	33***	58	91
Réadaptation																			
• Mésadaptés socio-affectifs	1	0	3	0	4	0	2	0	4	1	1	0	1	0	0	1	17*	2	19
• Handicapés physiques	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	3	2	5
• Handicapés mentaux	3	0	3	1	3	0	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	14	2	16
• Alcooliques et toxicomanes	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
• Vocation psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
• Mères en difficulté	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
CLSC-TOTAL	**3**	**0**	**4**	**0**	**7**	**0**	**4**	**0**	**4**	**0**	**6**	**0**	**1**	**0**	**3****	**0**	**32**	**0**	**32**
CSS-TOTAL																	**3**	**0**	**3**
TOTAL	**16**	**7**	**14**	**16**	**33**	**19**	**27**	**12**	**25**	**21**	**21**	**6**	**10**	**3**	**11**	**6**	**161****	**90**	**251**

Source:
Fichier des établissements
Service de référence et de
documentation, C.S.S.S.R.M.M.
1988.04.15

* 1 établissement hors région.
** Clinique communautaire Pointe St-Charles: statut spécial
*** N'apparaissent pas à ce nombre les 11 C.A.H. administrés par un C.H. ou un C.L.S.C.
**** Les 3 C.S.S. et un C.A.R. hors région ne sont pas répartis par territoire de D.S.C.
Le calcul horizontal des établissements publics est donc de 157 pour ces territoires.

pu: public
pr: privé

Nombre de lits par sous-régions

Sous-régions	**Lakeshore**	Laval	**Maisonneuve-Rosemont**	Général de Montréal	**Sacré-Coeur**	Saint-Luc	**Sainte-Justine**	Verdun	**TOTAL**
Courte durée	**502**	452	**2258**	3396	**1409**	1784	**1769**	788	**12 358**
Longue durée	**1065**	248	**2387**	729	**972**	1189	**756**	696	**8 042**
Hébergement	**943**	1265	**4535**	1343	**2339**	1591	**1059**	1001	**14 076**
Réadaptation	**840**	540	**873**	560	**789**	325	**26**	60	**4 073***

Source:
Fichier des établissements
Service de référence et de
documentation, C.S.S.S.R.M.M.
1988.04.15

* 60 lits appartenant à un établissement hors région

Ce tableau inclut les lits en hébergement psychiatrique, en C.A. privés, en pavillons et en institution fédérale.

Les prix Persillier-Lachapelle 1987

Le Prix pour l'amélioration des conditions de vie en établissement a été décerné au **Centre d'accueil la Cité des Prairies** de Montréal. Cet établissement, dont la vocation est la réadaptation et la réinsertion sociale des jeunes, accueille, tant en services externes qu'internes, quelque 270 adolescents aux prises avec de graves problèmes de comportement ou de mésadaptation socio-affective.

Un Prix pour les services novateurs dans le maintien à domicile a été remis au **Centre d'accueil Émilie-Gamelin** à titre d'établissement du réseau. Une mention spéciale a par ailleurs été accordée au **Centre de Services sociaux Ville-Marie.** Ce prix souligne le travail auprès des personnes âgées, des personnes seules ou malades, des personnes handicapées et des familles en difficulté.

Le **Y.M.C.A. West-Island** de Pointe-Claire s'est vu décerner le Prix pour la promotion de la santé chez les jeunes de 0 à 24 ans. Cette distinction souligne la contribution d'un établissement ou d'un organisme communautaire au maintien et à l'amélioration de l'état de santé, du bien-être et de la qualité de vie des jeunes.

14

LES PRINCIPALES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

La région métropolitaine compte une grande diversité de groupes linguistiques et de communautés culturelles. La population parlant d'autres langues que le français représente 34,1% de la population totale.

Concentration des principaux groupes linguistiques de la région et dans la plus petite et plus grande sous-région

	Ste-Justine		Maisonneuve-Rosemont		Régions 06-A et 06-E	
Français	67 628	40,93%	329 814	80,24%	1 341 505	65,90%
Anglais	59 644	36,10%	21 499	5,23%	377 369	18,54%
Autres	37 910	22,95%	59 753	14,54%	316 863	15,56%

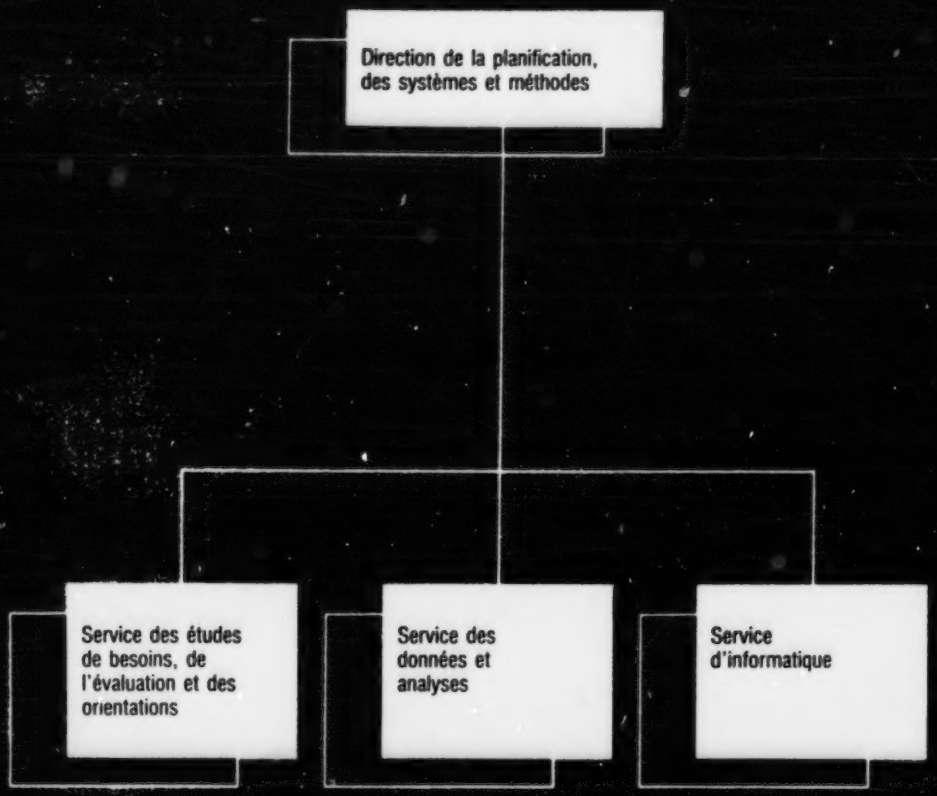
Les groupes linguistiques les plus importants parmi les "autres"

Italien	1 925	1,17%	40 920	9,95%	111 374	5,47%
Grec	3 525	2,13%	1 298	0,32%	36 716	1,80%
Espagnol	2 850	1,73%	2 617	0,64%	19 875	0,98%
Portugais	861	0,52%	2 991	0,73%	18 494	0,91%
Chinois	1 936	1,17%	957	0,23%	13 874	0,68%
Autres	26 813	16,23%	10 970	2,67%	116 530	5,72%
TOTAL	**165 182**	**8,12%**	**411 066**	**20,19%**	**2 035 737**	**100,00%**

Source: Statistiques Canada (1986)

II.

LES DIRECTIONS DU CONSEIL RÉGIONAL



La Direction de la planification, des systèmes et méthodes, par son mandat de traiter et d'analyser l'information, permet d'améliorer la connaissance des besoins, des problèmes et des solutions à apporter.

Le service des études de besoins, de l'évaluation et des orientations a sélectionné et traité les projets de recherche suivants :

- les aspects psycho-comportementaux et psycho-sociaux de la grossesse en milieu défavorisé.
- l'évaluation d'un projet pilote en nutrition visant à promouvoir la santé cardio-vasculaire.
- la promotion de l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile.
- l'évaluation du service de gériatrie active au Centre hospitalier de Verdun.

Le Service des données et analyses a poursuivi l'analyse des données financières et des données portant sur les services, au rythme des besoins de la Direction de la programmation. Deux dossiers ont retenu notre attention au plan méthodologique, celui des effectifs médicaux et celui de l'allocation des ressources entre les régions, les programmes et les établissements. Le service a par ailleurs complété la révision du système d'information utilisé par les nombreux acteurs du réseau des services d'hébergement et de soins de longue durée pour l'évaluation et l'admission des personnes âgées.

Pour sa part, **le Comité d'informatique régional**, en plus d'assumer le mandat qui lui a été confié, et qui s'est traduit

LA DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DES SYSTÈMES ET MÉTHODES

par l'acceptation de projets informatiques représentant un investissement de 4 219 383 $ en équipement, et de 2 602 585 $ en logiciels, a participé à l'évolution du dossier gestion des ressources matérielles pour les établissements du réseau. Alors que les résultats de l'appel d'offres ne datent que de sept mois, déjà dix établissements ont informatisé cette partie importante de la gestion.

Pour les systèmes clientèles des C.L.S.C., l'étude réalisée dans la région 06-C suggérait des modifications fondamentales aux systèmes déjà en place pour qu'ils répondent mieux aux besoins d'information des C.L.S.C., des C.R.S.S.S. et du Ministère. Les consultations faites auprès des C.L.S.C. de notre région ont résulté en l'acceptation de ces changements. Des recommandations précises des C.L.S.C. demandent que des groupes d'usagers soient formés en vue de faire front commun devant les deux principaux fournisseurs et que la coordination de ces groupes d'usagers soit assumée par un représentant du Comité d'informatique régional.

Enfin, le comité travaille actuellement à la mise en place du projet conjoint Sidoci. Il s'agit d'un système qui rassemble, dans un dossier unique et informatisé, les données cliniques ainsi que le plan d'intervention multi-disciplinaire relatif à l'état de santé bio-psycho-social du bénéficiaire. En d'autres termes, le dossier bénéficiaire s'informatise. Depuis octobre 1986, cinq hôpitaux ainsi que le Conseil régional participent à ce projet. Les établissements en concertation ont réalisé la conception administrative du système et l'analyse fonctionnelle; la modélisation des données et l'architecture du système sont en voie de réalisation. Le Ministère a récemment accepté d'investir 150 000 $ à cette étape, et 2 000 000 $ dans le développement du système. Le Conseil régional vise l'atteinte de deux objectifs majeurs: l'universalité du système, c'est-à-dire que celui-ci réponde aux besoins de plusieurs hôpitaux, et la portabilité, c'est-à-dire qu'il puisse fonctionner dans des environnements informatiques différents. Les études réalisées à ce jour permettent d'envisager des retombées intéressantes pour l'ensemble des hôpitaux du Québec. Mentionnons l'étude sur l'accessibilité, confidentialité, sécurité et signature, document d'intérêt pour tous qui devrait être publié incessamment.

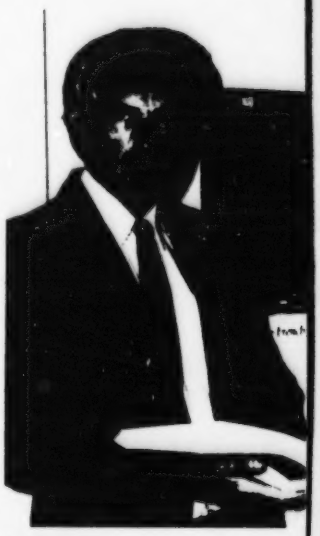
Le service d'informatique a entrepris l'implantation d'une méthode de gestion de projet qui a permis d'aborder la réalisation des nouvelles applications avec beaucoup plus de rigueur. Grâce à ce nouvel outil, le service client et le service d'informatique réalisent des bénéfices tangibles. Son utilisation devrait éventuellement permettre de réduire le travail consacré à l'entretien des systèmes en opération.

Parmi les nouvelles applications, le service a développé une base de données pour aider les responsables du dossier des plans d'effectifs médicaux et travaille actuellement à la conception d'un système d'information de gestion pour le secteur des services hospitaliers. D'autre part, le service a procédé à l'examen et à l'essai d'un nouveau système d'opération ainsi qu'à l'étude et l'essai d'un logiciel de base de données de quatrième génération. Finalement, la révision du plan directeur du service a été amorcée pour tenir compte des besoins du Conseil régional, particulièrement en matière de gestion financière, et des nouvelles technologies.

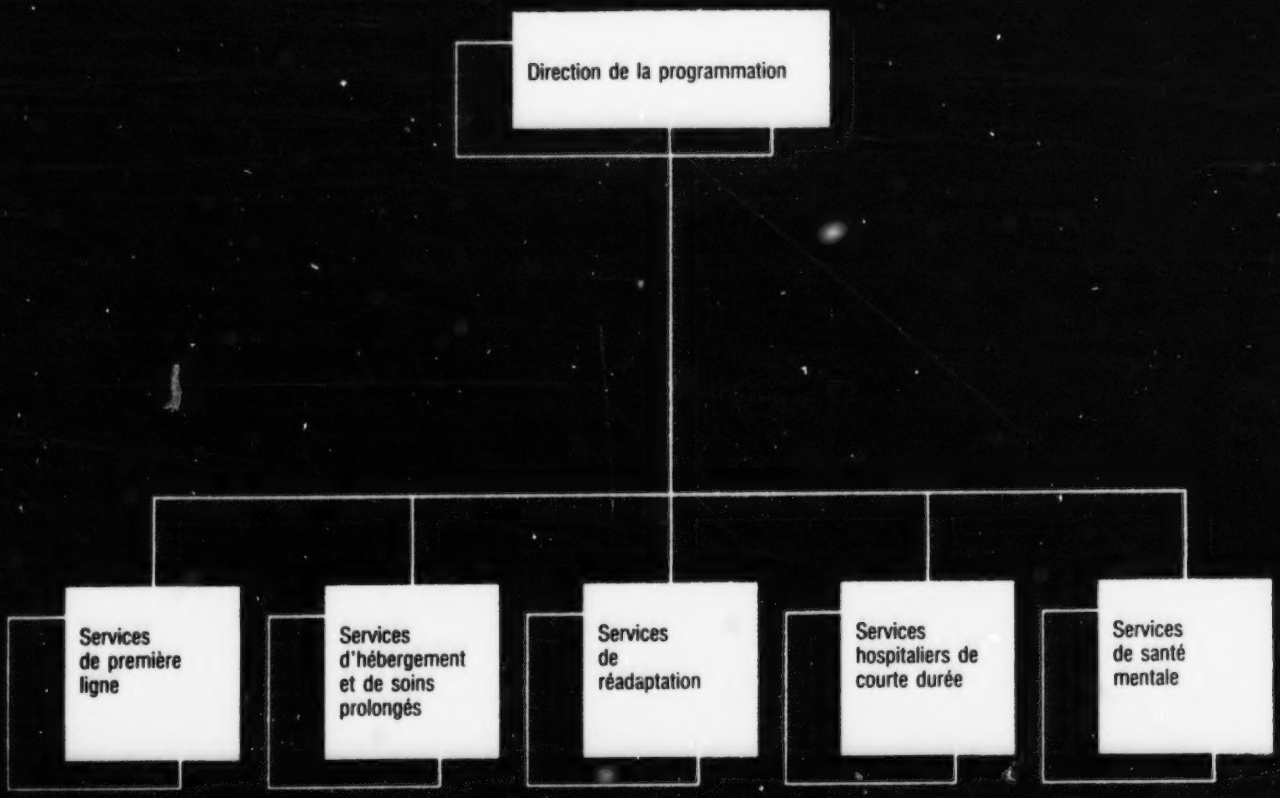
Mandats spéciaux

Le programme de travaux communautaires, géré par le Conseil régional depuis plus de trois ans, s'adresse aux jeunes de 18 à 30 ans vivant de prestations de l'aide sociale. Tout en poursuivant la gestion courante de ce programme, nous avons mis l'accent sur l'information et la collaboration des partenaires, en particulier nos partenaires des centres de main-d'oeuvre et des bureaux d'aide sociale afin de faire connaître le programme et ses modalités pratiques dans notre région. Cette année, un budget total de 1 100 000 $, représentant une augmentation de 100% par rapport à l'année précédente, a permis à quelque 155 promoteurs d'entreprendre 192 projets qui ont réuni en tout 814 jeunes participants.

En ce qui concerne l'application de la Loi 142, le Conseil régional a la responsabilité de préparer un programme d'accès aux services sociaux et de santé pour les personnes d'expression anglaise, en collaboration avec la communauté et les établissements. À cette fin, le conseil d'administration a formé un comité de onze personnes qui doit recommander au Conseil régional un programme d'accès. Ce comité composé de huit représentants de communautés et de trois représentants d'établissements, s'est réuni à quelques reprises depuis décembre 1987; ses membres ont convenu d'amorcer le plan avec les services de première ligne des C.L.S.C. et les services d'hébergement et de soins de longue durée.



Luc Deslauriers
Directeur


Direction de la programmation
Services de première ligne
Services d'hébergement et de soins prolongés
Services de réadaptation
Services hospitaliers de courte durée
Services de santé mentale

LA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION

Dans le cadre des objectifs généraux du Conseil régional, le rôle de la Direction de la programmation est de proposer la meilleure organisation possible des services de santé et des services sociaux offerts à la population de la région de Montréal métropolitain. Les études de besoins, le développement de programmes, la coordination de diverses activités et, enfin, le support aux établissements dans l'implantation de nouveaux programmes, constituent les principaux outils de travail de la direction.

Nos activités sont regroupées autour de cinq services: les services de première ligne, les services de réadaptation, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de santé mentale et les services hospitaliers de courte durée. Ces cinq services travaillent de concert pour développer des programmes intégrés de services, dispensés par un ou plusieurs établissements de la région. Cette programmation intégrée de services, souvent baptisée "plan de services régionaux", représente la clé de voûte pour l'accessibilité et la continuité des services à la population. À ce chapitre, les défis sont considérables puisque les services disponibles dans la région souffrent encore trop de morcellement et d'isolement.

Au cours de l'année, la Direction de la programmation est intervenue dans plusieurs dossiers dont l'objectif commun est l'amélioration des services disponibles à la population. À titre d'exemples, en voici quelques-uns:

- l'implantation et la coordination des vingt et une mesures pour désengorger les salles d'urgence de Montréal;
- le parachèvement du réseau des C.L.S.C.;
- l'analyse des besoins institutionnels en hébergement et soins de longue durée;
- le développement d'une politique régionale en matière de répit/dépannage pour les clientèles handicapées;
- la mise en place d'un système d'analyse des besoins et des services pour la clientèle handicapée physique (projet Accès);
- la coordination des activités visant à réduire les listes d'attente des jeunes protégés par la Loi de la protection de la jeunesse, en collaboration avec les C.S.S. et les C.A.R.;
- la confection d'un plan régional des effectifs médicaux et dentaires de la région.

Les besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux sont nombreux et toujours croissants. Les ressources humaines, matérielles et financières pour répondre à ces besoins sont, quant à elles, limitées; d'où l'importance de prioriser les clientèles vraiment dans le besoin. La responsabilité de retenir des priorités, de déterminer les secteurs de développement à privilégier, d'identifier les sources possibles de financement, constitue l'un des principaux mandats de la Direction de la programmation. Ces choix s'inscrivent dans la continuité des objectifs du Conseil régional.

Enfin, il ne saurait être question d'aborder le rôle de la Direction de la programmation sans rappeler l'importance attachée au concours, à la collaboration et à la concertation avec les établissements du réseau. Par la voie des commissions administratives notamment, les programmations régionales peuvent tenir compte des réalités vécues dans les établissements.

La Direction de la programmation voit à organiser les services de santé et les services sociaux autour d'un concept de complémentarité et d'intégration des services pour le bénéficiaire. L'utilisation judicieuse de nos ressources collectives deviendra de plus en plus cruciale pour répondre aux besoins prioritaires qui s'expriment dans la région. Toute l'équipe de la direction continuera d'axer ses énergies vers l'organisation et la coordination optimale des services à la population de la région.

Marcel Villeneuve
Directeur

Les Services de première ligne

Les Services de première ligne travaillent auprès des C.L.S.C. du territoire afin qu'ils mettent sur pied des programmes qui répondent à de multiples clientèles. Ils oeuvrent également auprès d'organismes d'action volontaire et participent à de nombreuses activités intersectorielles.

L'année écoulée a été principalement marquée par le parachèvement du réseau des C.L.S.C. En effet, en juillet 1987, après une vaste tournée de consultation, la ministre de la Santé et des Services sociaux prenait la décision de compléter ce réseau et allouait 1 500 000 $ pour l'implantation de nouveaux C.L.S.C. Le parachèvement du réseau sera en grande partie complété en avril 88.

Sur le plan de la santé scolaire, de concert avec les commissions scolaires, les C.L.S.C., les C.S.S. et les D.S.C., le Conseil régional a élaboré un programme-cadre de santé des jeunes en milieu scolaire qui devra être assumé par les C.L.S.C. Ce document constitue désormais le cadre de référence pour les services prioritaires de santé offerts aux 250 000 jeunes qui fréquentent quelque 500 écoles publiques de la région métropolitaine. Deux cent quinze infirmières, quarante-trois hygiénistes dentaires et une dizaine d'autres intervenants de C.L.S.C. oeuvrent dans ce cadre d'action.

Suite aux changements apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les conseils régionaux doivent planifier, entre autres, les effectifs médicaux et dentaires des C.L.S.C. Au mois d'avril 1987, les C.L.S.C. regroupaient 150 médecins. À court terme, ils requièrent une augmentation d'une centaine de médecins. À plus long terme, ils devront compter un total de 400 médecins omnipraticiens, ce qui représente un ratio d'un médecin par tranche de population de 5 000.

En ce qui concerne la périnatalité, pour les 25 000 enfants qui naissent annuellement dans la région, le Conseil régional s'assure que les liens entre tous les partenaires sont bien définis et fonctionnels afin que les cas à risque soient identifiés et pris en charge. Une étude sur l'ensemble du système périnatal, réalisée par le regroupement des D.S.C. de la région et remise au Conseil régional au mois d'octobre dernier, fournit des éléments de priorisation des naissances et des propositions d'élargissement du système pour inclure la phase de grossesse. Des travaux sont en cours pour appliquer ces recommandations.

Au niveau des services de planning-sexualité, une étude montre que les politiques d'information et de prévention préconisées par le Ministère au début des années 80 sont appliquées de manière différente d'un territoire de C.L.S.C. à l'autre, que les services de consultation clinique en sexualité sont peu développés en C.L.S.C. et enfin, que les services d'interruption volontaire de grossesse en C.L.S.C. devraient être reconnus, consolidés et insérés dans un plan provincial et régional d'organisation de services en cette matière. Ce dossier a été développé en collaboration avec la Direction de l'information et des relations avec la population, dans le cadre des conditions de vie des femmes.

À la fin de janvier 1988, le Conseil régional révisait le "Programme communautaire de services à domicile axé sur le support à l'autonomie", adopté en février 1983, afin de rétablir l'équité entre les territoires, les besoins et les ressources. Trois documents d'orientation étaient adoptés:

- **Clientèles et critères,** qui définit les clientèles précises visées, les critères d'admissibilité, ainsi que des critères de priorisation au niveau des clientèles, des demandes et des services;

- **Fonctions essentielles pour l'organisation et la gestion des services à domicile,** qui définit les fonctions d'accueil, d'orientation, de gestion de l'intervention et du service, de gestion des activités cliniques et des unités de services, et enfin, de coordination de l'ensemble;

- **Méthode de partage des budgets de développement en services à domicile généraux,** qui propose l'établissement d'une équipe minimale pour chaque territoire de C.L.S.C., la détermination des volumes de population-cible tant à court terme, à moyen terme qu'à long terme, la détermination d'un indice de l'intensité des services requis par tranche de population visée, la détermination d'un indice de statut socio-économique et d'un niveau de pondération selon les territoires et la population visée.

Dans le cadre des mesures visant à désengorger les urgences d'hôpitaux, le Conseil régional a réparti 8,5 millions de dollars entre tous les C.L.S.C. des régions 06-A et 06-E selon les besoins afin que les personnes âgées de 60 ans et plus bénéficient de services intensifs à domicile et ne retournent pas indûment en milieu hospitalier. Par ailleurs, 1,8 million de dollars était réparti entre cinq C.L.S.C. désignés

pour assurer, au nom des autres C.L.S.C. de la sous-région, l'accessibilité à des services, 24 heures par jour 7 jours par semaine. Ces derniers doivent assurer un support téléphonique et des interventions ponctuelles à domicile pour les clientèles en perte d'autonomie temporaire ou permanente visées actuellement par les services de maintien à domicile. Ce programme aura permis de rejoindre plus de 3 000 bénéficiaires différents en 87-88 dont le tiers était référé directement par les C.H.S.C.D. Cependant, on a dû traiter près de 110 cas de plus que la capacité budgétaire actuelle ne le permet, situation qui se traduit par des déficits, au chapitre de ce programme, dans près de 29 C.L.S.C. Par ailleurs, 500 personnes admissibles ont dû être refusées depuis juin 1987, faute de budgets. En général, ces cas demeuraient en centres hospitaliers ou, s'ils étaient à domicile, étaient dirigés vers les centres hospitaliers ou autres ressources plus lourdes; certains ont été temporairement pris en charge par les services réguliers à domicile du C.L.S.C. ou orientés vers des ressources privées pour ceux qui en avaient les moyens. Le Conseil régional a signalé à plusieurs reprises au Ministère cet état de choses et réclamé un budget de développement de 8,1 millions de dollars sur deux ans pour assurer la croissance de ce programme peu coûteux, fort utile et fort efficace.

Au niveau des coûts et services, le coût horaire moyen actuel pour une heure de services à domicile s'établit à 12,21 $, alors que le nombre moyen d'heures de services par semaine par bénéficiaire est de 13,5 heures (suivant une accessibilité pouvant aller de 5 à 35 heures selon les besoins). Le coût moyen par bénéficiaire par année est donc de 8 552 $[1]. Au 31 mars 1988, 11 200 bénéficiaires étaient inscrits et admissibles à ces services, 16 700 appels avaient été reçus et 4 100 visites avaient été effectuées, ce qui représente par rapport à l'an passé, une augmentation de 130% au niveau des inscrits, de 346% au niveau des appels et de 399% au niveau des visites. D'autres travaux et études sont en cours; ils permettront de mieux évaluer encore la performance et le potentiel de cette ressource et la possibilité de réaffecter en 88-89 une certaine portion du budget en services intensifs directs.

Le Conseil régional et l'Office des personnes handicapées du Québec ont conclu une entente en octobre 1984 afin que les personnes handicapées physiques ayant des besoins intensifs et à long terme ne s'adressent qu'à un seul interlocuteur pour leurs demandes. Le rôle du Conseil est de coordonner un comité régional d'admission et un mécanisme de financement permettant l'organisation des services requis. Le budget potentiel total de ce projet est de 3 millions de dollars, dont 1 300 000 $ est fourni par le Conseil et 1 700 000 $ par l'O.P.H.Q. Trois cent soixante et onze personnes lourdement handicapées ont été admises et sont régulièrement suivies à domicile par le C.L.S.C., ce qui représente une augmentation de 24% par rapport à l'année passée. Le coût annuel moyen des services se situe à 8 000 $ par personne pour une moyenne de 18 heures de services par semaine par individu.

Parmi l'ensemble des mesures proposées pour solutionner le problème d'engorgement des urgences d'hôpitaux, figurait la création de huit équipes de psychogériatrie à domicile, oeuvrant sur une base sous-régionale. Le secteur des Services de première ligne en maintien à domicile a collaboré, dès le début, au choix des établissements appelés à gérer ce nouveau programme, à la définition des orientations générales, au suivi et au support du travail de programmation et d'implantation de chacune des équipes dans leur sous-région respective. Les huit équipes désignées sont en place. Leur mise en opération s'est échelonnée de janvier 1987 à mars 1988. Le Conseil régional recueille, tous les trois mois, les données statistiques que lui font parvenir chacune des équipes afin de dégager un profil des clientèles desservies et des services offerts.

Toujours dans le cadre du désengorgement des urgences, les Services de première ligne en maintien à domicile ont collaboré avec les Services hospitaliers pour identifier des éléments distinctifs servant à mieux définir le concept de l'hôpital à domicile par rapport aux soins à domicile dispensés par les C.L.S.C. à l'intérieur de leur programme de maintien à domicile.

Initié et coordonné par les Services de première ligne en maintien à domicile, un travail concerté entre les Services d'hébergement et de soins prolongés, les Services hospitaliers et les Services de réadaptation, a permis l'élaboration d'une formule unique de référence inter-établissements et organismes. Cette formule sera expérimentée dans deux sous-régions dès le printemps prochain afin de vérifier la faisabilité et d'en évaluer la pertinence. Les établissements, organismes et ressources faisant partie de l'expérimentation sont les C.H.S.C.D., les centres de jour, les hôpitaux de jour, les hôpitaux de convalescence et de réadaptation, les programmes de maintien à domicile des C.L.S.C.,

incluant les services 24 heures/7 jours, les ressources ayant des lits d'hébergement temporaire ou d'urgence sociale, les B.S.S. et les équipes de psychogériatrie à domicile.

Comme tous les ans, dans le cadre du programme ''Maintien dans la communauté'', le Conseil régional a distribué 1 605 346 $ à 102 organismes communautaires qui, à l'échelle locale, sous-régionale et régionale, se préoccupent d'assurer l'émergence d'assistance bénévole et d'entraide communautaire orientées vers la réinsertion et le maintien dans le milieu naturel de vie. Les types d'organismes subventionnés dans le cadre de ce programme sont, entre autres, les centres d'action bénévole, les bureaux de parrainage civique, les réseaux d'entraide, les associations ethniques, les popotes roulantes et les centres communautaires pour personnes âgées. Cette année, les efforts ont porté sur la simplification du processus de ''demande de subvention''. Cinq rencontres d'information ont été organisées à cet effet. Enfin, deux représentants du Conseil régional ont siégé sur le Comité ''transport pour les personnes à mobilité réduite''. Initié par le Forum des citoyens âgés, ce comité a pour mandat de trouver des solutions à cet épineux problème.

En 1987, le Comité d'implantation du plan d'action pour l'accessibilité des C.L.S.C. aux communautés culturelles a été élargi à huit personnes. Le système d'échange de ressources linguistiques et culturelles mis en place l'année passée a donné de bons résultats dans l'ensemble, mais devra faire l'objet d'un plus grand effort d'implantation pour un meilleur fonctionnement.Des états de situation sur la représentativité des conseils d'administration et du personnel des C.L.S.C. ainsi que sur les programmes et services spécifiques ont permis de constater les niveaux de représentativité ethno-culturelie actuelle et de connaître le niveau de développement de services adaptés aux besoins spécifiques des clientèles des communautés culturelles. Pour favoriser la participation des membres des communautés culturelles aux conseils d'administration, nous avons informé et sensibilisé les différents milieux des communautés culturelles en vue des élections des représentants des usagers des C.L.S.C. Nous travaillons de concert avec la Direction de l'information et des relations avec la population pour nous assurer que l'information régionale rejoint aussi les communautés culturelles de notre région.

(1) Basé sur les données 87-88 du 1er avril au 7 novembre 1987.

Les Services d'hébergement et de soins de longue durée

La clientèle des Services d'hébergement et de soins de longue durée est constituée d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie. Les principaux établissements (C.A.H., C.H.S.L.D.) servant cette clientèle offrent des programmes d'hébergement à long terme ou temporaire, d'évaluation, de réadaptation et des services externes en hôpital de jour et en centre de jour. Toutes les autres catégories d'établissements interviennent auprès de ces bénéficiaires, en collaboration avec les C.A.H. et les C.H.S.L.D., au niveau de l'évaluation, de la référence, de la coordination des admissions, du suivi de plans de services conjoints, et des services directs spécialisés.

Notre principal objectif, cette année, était d'enclencher le processus de révision des procédures du système régional d'admission. Cette démarche a débuté par la parution des résultats d'une évaluation de ce programme, réalisée par des chercheurs du C.S.S.M.M. et du D.S.C. Verdun, en décembre 1987, et est suivie d'une série de consultations auprès des intervenants concernés. Une nouvelle version des critères d'admission révisés est en voie d'élaboration et sera déposée pour décision aux instances concernées au début de 1988-1989. Cette année, 4 779 demandes d'admission ont été reçues dont 53,5% provenaient des C.H.S.C.D. et 46,5% du domicile des personnes. Mille sept cent quatre-vingt-onze personnes ont été admises en C.A.H. et 1 183 en C.H.S.L.D.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux et dentaires 1987-90 des C.A.H. et des C.H.S.L.D. soumis ont été approuvés avec ou sans modifications. Les effectifs alloués devraient permettre une nette amélioration de l'accessibilité aux services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

En ce qui concerne les hôpitaux de jour et les centres de jour, une proposition de développement et de consolidation de centres de jour a été présentée, à l'automne 87, au Ministère; celle-ci assurerait la présence d'au moins un centre de jour par territoire de C.L.S.C., de même qu'un budget minimal requis de 225 000 $ pour chaque centre de jour existant. Par ailleurs, un nouveau centre de jour est en voie d'implantation à la Résidence Robert-Cliche, rattachée au C.L.S.C. de Rosemont. Les trente centres de jour du Montréal métropolitain servent actuellement environ 2 700 adultes et personnes âgées et reçoivent environ 1 700 nouvelles inscriptions par année.

Au niveau de l'hébergement temporaire, on dispose à l'heure actuelle d'environ 94 lits en C.A.H. ou C.H.S.L.D., dont 31 sont réservés au programme "d'urgences sociales". L'admission dans ces lits est coordonnée via les trois C.S.S.

En mai 1987, le Conseil présentait au Ministère une proposition de répartition du budget d'alourdissement de la clientèle en C.A.H. et en C.H.S.L.D. pour l'année 1987-1988. Nos recommandations, acceptées intégralement, ont permis le partage d'une somme de 1 419 000 $ entre trente-cinq C.A.H. et douze C.H.S.L.D. De plus, le Conseil régional distribuait entre trente-huit établissements un budget non récurrent de 421 634 $ pour l'acquisition d'équipement de réadaptation.

En avril 1987, le Conseil régional formulait au Ministère des recommandations concernant le développement de ressources institutionnelles, dans l'optique d'atteindre un équilibre entre les places requises et la demande de services par territoire de D.S.C. qui sont déjà confirmées: la reconstruction, avec agrandissement, du C.A. Havre du Crépuscule, la relocalisation, avec agrandissement, du C.H. Juif de l'Espérance et la réalisation du projet du C.A. Lionel Groulx.

Une nouvelle version révisée des inventaires de ressources résidentielles et communautaires pour personnes âgées a été réalisée, avec une présentation renouvelée. Plusieurs rencontres d'information et d'échanges avec des groupes d'intervenants et de personnes âgées ont été tenues dans le but de promouvoir une philosophie de maintien à domicile et l'utilisation des ressources institutionnelles.

Quant aux ressources intermédiaires comme alternative à l'institutionnalisation, nos actions ont porté cette année sur "Je rentre chez-moi", un projet expérimental de réinsertion sociale en logement, destiné aux bénéficiaires hébergés en institution. Ce projet fut réalisé de décembre 1986 à décembre 1987 dans le cadre d'une expérience multidisciplinaire inter-établissements C.A.H., C.H.S.L.D., C.L.S.C., C.S.S. Il a permis de conclure que notre préoccupation au plan régional ne devrait plus porter sur la désinstitutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie, mais bien sur le développement d'une gamme diversifiée de services intermédiaires de nature thérapeutique, communautaire et résidentielle, afin d'intervenir avant l'institutionnalisation plutôt qu'après.

Les Services de réadaptation

Jeunesse en difficulté

Dans la continuité des orientations déjà initiées depuis quelques années, la coordination des services pour la jeunesse en difficulté s'est centrée particulièrement sur les problématiques de l'accessibilité aux services et de la continuité dans les services disponibles aux jeunes.

Au cours de l'année, divers travaux ont été menés dans le cadre des dossiers suivants: les critères d'admission des jeunes dans les centres de réadaptation; les assises théoriques et un état de situation sur les plans de services et d'intervention pour les jeunes en difficulté; les délais de placement pour les jeunes faisant l'objet d'une ordonnance du tribunal; la mise en place, pour les jeunes contrevenants, de programmes de mise sous garde discontinue; l'accessibilité aux services de réadaptation pour les jeunes anglophones; la mise en place de mesures pour pallier aux engorgements dans les centres de réadaptation; la problématique des attentes de services dans les directions de la protection de la jeunesse.

Grâce à ces travaux, le service a pu entamer la production d'un avis sur l'accessibilité aux services de réadaptation pour les jeunes régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et mettre en marche des travaux relatifs aux services de santé pour les enfants placés dans les familles d'accueil. Le haut taux de placements d'enfants - approximativement 20 enfants sur 1 000 dans notre région - a commandé que l'on entreprenne des travaux en vue de mieux se documenter, comprendre cette pratique et en cerner les différentes composantes.

La concertation régionale entre les établissements et les organismes offrant des services aux jeunes s'est concrétisée par l'obtention d'une fiducie consentie par le Ministère. Celle-ci permet l'appui de projets locaux, sur une base de trois ans, qui doivent favoriser la concertation et développer des pratiques plus adaptées aux besoins des jeunes. Actuellement, douze projets regroupant plus de cinquante établissements ou organismes déploient et initient des modes d'intervention faisant davantage appel aux énergies locales et à la participation active de la population jeunesse.

Enfin l'adaptation des services aux besoins des jeunes et de leurs familles s'est manifestée par le développement continu et progressif de services externes dans les centres de réadaptation. Près de mille places sont officiellement disponibles alors qu'il y a quelques années, on en comptait au plus quelques centaines.

Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle

Les travaux de la Commission administrative des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ont porté, cette année, sur trois dossiers majeurs. Le premier, qui porte sur **le maintien dans leur milieu habituel des personnes ayant une déficience intellectuelle,** favorise l'expérimentation de nouvelles modalités de répit/dépannage et de services d'urgence, et supporte les initiatives du milieu dans la mise sur pied de services pour les personnes en attente de services vivant dans leur famille. L'objectif de la commission est d'assurer l'accessibilité aux personnes ayant une déficience intellectuelle et aux membres de leur famille, les services de support et de soutien nécessaires à la réalisation ou au maintien de l'intégration sociale. Ainsi, un comité de travail formé des représentants de dix groupes de promotion, de concert avec les trois C.S.S., a identifié les besoins des 548 familles en attente de services et ébauché une politique de soutien aux familles. Par ailleurs, un service de répit pour les trente familles en situation d'urgence a été mis sur pied; six projets de répit/dépannage ont été acceptés dans la région, sur la base d'un nouveau partenariat entre les C.S.S., les C.A.R. et les organismes bénévoles, ce qui fournirait vingt-quatre places en familles d'accueil et quarante ressources intermédiaires/gardiennage.

Le deuxième dossier concerne **la consolidation et l'implantation du Plan d'aménagement régional,** qui consiste à définir les rôles, les responsabilités et l'organisation des services. Les travaux ont porté sur l'accessibilité des services de première ligne aux personnes ayant une déficience intellectuelle et les membres de leur famille. Un comité intersecteur, services aux personnes ayant une déficience intellectuelle et services de première ligne, a entrepris une consultation auprès des services de première ligne, des C.S.S. et des groupes de promotion, afin de définir les rôles, les clientèles-cibles, les services à dispenser et les moyens d'actions. Trente-cinq mémoires ont éte reçus et un document synthèse sera rédigé sous peu. Pour les services en familles d'accueil et les ressources intermédiaires, les objectifs ont èté de stabiliser les familles d'accueil actuelles, en recruter de nouvelles en quantité suffisante et diversifier les modèles de ressources intermédiaires. Un comité ad hoc a été mis sur pied

et formulera des recommandations à l'automne 1988.

Enfin, sur le plan de **la réintégration des personnes ayant une déficience intellectuelle,** nous avons élaboré et révisé un échéancier de sortie et de réintégration pour 412 personnes résidant à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, dans plus de quinze centres d'accueil de réadaptation. Nous avons également préparé des prévisions budgétaires et géré le budget d'un million de dollars mis à la disposition de la région. Ainsi, plus de soixante-dix personnes ont été réintégrées depuis un an. Par ailleurs, nous avons élaboré un échéancier de sortie pour quarante-huit personnes résidant au Pavillon Alexandra, dans dix centres d'accueil en déficience intellectuelle des régions 06-A, 06-E, 06-C, 07 et 01. Enfin, nous avons approuvé et fourni un support à l'actualisation d'un plan qui a permis la réintégration sociale de quatre-vingt-neuf personnes au Pavillon Gouin et d'un plan de réintégration de quatre-vingt-quatre personnes de la résidence l'Éveil.

Services aux personnes handicapées physiques

Le secteur des services aux personnes handicapées physiques a pour mandat de s'assurer que toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales à cause de déficiences auditive, motrice ou visuelle, et qui doit utiliser des moyens particuliers pour pallier à ses incapacités, reçoive la panoplie des services essentiels à son intégration sociale. Ainsi, notre préoccupation majeure est la définition des besoins spécifiques de cette clientèle afin d'y répondre adéquatement.

Pour l'élaboration de notre plan régional de services aux personnes handicapées physiques, nous avons effectué un inventaire auprès des treize établissements dits de réadaptation, à partir duquel un répertoire clair et complet a été réalisé; il sera offert à tous les établissements de réadaptation et sera mis à jour régulièrement.

Depuis plusieurs années déjà, la Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques se penche sur la difficulté d'accès aux services offerts dans les établissements de réadaptation. Une cueillette de données a été réalisée entre le 1er février 1987 et le 1er février 1988 auprès de vingt établissements de la région, permettant de dégager le profil de la clientèle des établissements de réadaptation ainsi que les problèmes majeurs d'accès aux services. L'analyse préliminaire indique que près de 18 000 personnes ont fait une demande de réadaptation alors que nous estimions ce chiffre à 13 000, une demande effective largement supérieure aux estimés. En collaboration étroite avec le Service d'informatique du Conseil régional, nous procédons à l'analyse des données reçues et prévoyons divulguer les résultats de cette étude au cours de l'été.

Au cours de l'été 1987, cinq établissements de réadaptation offrant des programmes de réadaptation à la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral concluaient une entente avec la Régie de l'assurance automobile du Québec afin de recevoir les accidentés de la route. Cela représente une addition de quarante-cinq places dans notre région, pour un total de 1,7 million de dollars. Par ailleurs, le Comité d'implantation du programme cadre des personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral est maintenant constitué; son premier mandat sera d'établir un lien fonctionnel entre les unités de neurochirurgie en C.H.S.C.D. et les cinq centres de réadaptation, afin d'assurer une meilleure complémentarité entre ces deux réseaux de services. Enfin, dans le but de mieux faire connaître le programme cadre et les objectifs poursuivis, nous nous sommes associés au Service du perfectionnement du Conseil régional pour offrir deux séances de formation. La première, à laquelle participaient des représentants de la Régie de l'assurance automobile du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux, fut consacrée au profil de cette clientèle; la deuxième, à laquelle collaboraient des représentants de cinq établissements de réadaptation, a porté sur les services de réadaptation proprement dits.

En ce qui concerne la clientèle ayant une déficience auditive, qui présente des problèmes multiples, les résultats encourageants de plusieurs projets pilotes permettront d'entamer des démarches en vue de trouver une formule d'entente entre notre réseau et celui des services aux mésadaptés socio-affectifs. Cette clientèle pourra ainsi bénéficier de l'expertise des professionnels des deux réseaux, de façon complémentaire. Nous espérons que ce premier projet de partenariat sera suivi par d'autres, car la clientèle ayant des problèmes de déficiences multiples est de plus en plus nombreuse et l'expertise d'un seul réseau de services ne suffit plus.

Le dossier du transfert du budget de l'Office des personnes handicapées du Québec a été suivi de près par la

commission cette année; l'on sait que toute modification à la procédure actuelle aura des effets sur les personnes handicapées des régions 06-A et 06-E qui représentent près de 50% de la population handicapée du Québec. La coordonnatrice de la commission a siégé au comité provincial responsable d'analyser et de soumettre des recommandations au comité de coordination du Ministère concernant le volet des aides techniques. Plusieurs des recommandations de ce rapport sont d'une importance majeure; en effet, l'aide technique devient, pour la première fois, partie intégrante du processus d'adaptation/réadaptation. Le critère d'âge, lors de l'attribution de l'aide, est remplacé par une analyse du profil clinique de la personne, qui tient compte des notions de déficience et d'incapacité.

En automne 1987, des parents ont manifesté avec une force nouvelle contre le manque de ressources de répit/dépannage dans notre région, réclamant l'accès à un réseau de soutien pour les familles qui vivent avec une personne handicapée. Conscients des problèmes vécus par ces parents, nous collaborons actuellement à l'élaboration d'une politique régionale qui définira les besoins de ces familles et établira les paramètres des services à créer.

Le rapport Harnois, déposé à l'automne 1987, définit une nouvelle forme de partenariat en santé mentale. Les personnes handicapées physiques et sensorielles ne figurant pas parmi les clientèles à problèmes multiples, nous avons fait des représentations afin que cette clientèle soit intégrée à la politique de santé mentale puisqu'elle requiert souvent des services de ce réseau.

La commission a adopté le rapport déposé par le comité de travail en ressources intermédiaires et alternatives. L'absence de telles ressources oblige la clientèle à occuper des lits de centres d'accueil ou encore de centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée. Un suivi des recommandations de ce rapport sera assuré au cours de la prochaine année.

Les séquelles résultant d'une maladie cardio-vasculaire sont importantes. Les incapacités nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle sont de l'ordre de 15 à 20% pour les accidents cardio-vasculaires et de 100% pour les amputations. Malheureusement, l'étude statistique de ce dossier démontre que très peu de personnes sont acheminées vers les services de réadaptation fonctionnelle. Il en résulte une occupation inopportune de lits de courte durée, une évolution des problèmes vers la chronicité et l'orientation prématurée vers des lits de longue durée. Nous élaborons actuellement des scénarios pour nous assurer que cette clientèle, majoritairement âgée, soit acheminée vers des établissements de réadaptation.

Services en alcoolisme et autres toxicomanies

Autant en 1986-1987 l'accent a été mis sur le développement de services aux populations non desservies, autant cette année notre préoccupation a été la consolidation des nouveaux services offerts à ces populations: les jeunes, les personnes âgées, les femmes itinérantes et les narcomanes.

En ce qui concerne **les jeunes,** des rencontres conjointes de représentants du réseau de la toxicomanie et du réseau de la mésadaptation sociale ont eu lieu en 1986-1987 afin de trouver des solutions adéquates. Ces rencontres ont favorisé l'élaboration, cette année, d'un programme intégré de services pour la population jeunesse; des montants de près de 2 millions de dollars ont été requis pour implanter des programmes mis de l'avant par les C.A.R. Portage et Alternatives. Des demandes de subvention ont par ailleurs été faites par des chercheurs associés au réseau de la toxicomanie pour investiguer les problèmes de toxicomanie chez les jeunes dits mésadaptés socio-affectifs. Enfin, sur le budget de développement de 237 266 $ que le Ministère a alloué à la région, le Conseil régional a recommandé que 200 000 $ soient attribués au C.A.R. Alternatives afin de mettre en place un centre de jour pour adolescents.

Au chapitre des **personnes âgées,** le rapport d'évaluation concernant le réseau gérontoxicomanie a reconnu la nécessité d'une intervention spécialisée auprès des personnes âgées toxicomanes. Le modèle d'intervention du groupe Harmonie, associé au C.L.S.C. Métro, a été reconnu valable. Le groupe Harmonie s'est d'ailleurs vu décerner le prix André Tétrault de la Fédération des C.L.S.C. Du budget de développement attribué à la région, le Conseil régional a recommandé que 37 000 $ soient consacrés à la consolidation de cette expertise; le Centre d'accueil Domrémy-Montréal s'est engagé à rendre disponible une expertise afin de guider les groupes bénévoles désireux d'aider les personnes âgées toxicomanes.

Quant aux **femmes itinérantes,** c'est en février 1988 que les dix-huit lits prévus ont pu finalement être disponibles. Une recherche sera initiée

au cours de l'année 1988-1989 afin d'évaluer l'impact de cette mesure sur l'engorgement des urgences hospitalières. Du 1er avril 1987 au 31 janvier 1988, le C.A. Préfontaine a procédé, avec ses huit places disponibles, à 336 admissions. L'établissement a dû cependant refuser 394 femmes vu le nombre limité de places. L'augmentation du nombre de places devrait contribuer à mieux servir cette clientèle.

En ce qui a trait aux **narcomanes,** après plus d'un an d'expérimentation, la formule préconisée par le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes, à savoir la maintenance à la méthadone pour les narcomanes, s'avère efficace dans le système de soins de notre région. La pression de la demande de services étant très forte, la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies a accueilli favorablement les représentations du Centre de recherche et d'aide aux narcomanes à l'effet de doubler la capacité d'inscription à ce programme en ouvrant un deuxième point de services au C.L.S.C. St-Léonard. Celui-ci,ouvert en janvier 88, a une capacité d'inscription de 120 clients. L'année 1988-1989 devrait permettre une synthèse de cette expérience et une définition des besoins des narcomanes, en terme de volume de services.

Enfin, outre notre préoccupation de donner un caractère permanent aux nouveaux services offerts aux populations, nous avons traité des dossiers ayant une importance stratégique pour l'organisation des services en toxicomanie dans notre région:

- **l'affirmation du réseau de la toxicomanie,** comme un élément important du réseau de la santé québécois; ainsi, un projet de politique en matière de toxicomanie sera soumis à la consultation publique au printemps 1988; de plus, le Conseil régional a entrepris des démarches importantes pour donner à la coordination régionale un caractère de permanence;

- **la réorganisation du Centre d'accueil Domrémy-Montréal:** une meilleure accessibilité se traduira par une capacité de répondre à une demande d'aide dans les 72 heures; une plus grande spécialisation des programmes permettra de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle; un système d'évaluation établira l'efficacité des programmes.

Les Services hospitaliers de courte durée

Les Services hospitaliers de courte durée ont travaillé, au cours de l'année, à trois dossiers majeurs: l'élaboration des plans de services régionaux, le développement d'unités de gériatrie active et l'accessibilité aux services de courte durée.

Les plans de services régionaux

Les plans de services régionaux sont des plans directeurs permettant de revoir l'organisation des services en fonction de la demande exprimée par la population et de proposer des recommandations pertinentes. Au cours de la dernière année, quatre problématiques ont pu être abordées.

Tout d'abord, une étude sur **les besoins et la distribution des lits dans la région de Montréal** nous a permis de dégager des constats à partir desquels la commission administrative pourra formuler des recommandations:

- Malgré une forte concentration de personnes âgées dans la région (10,8% à Montréal, comparativement à 8,8% au Québec), la population de Montréal consomme moins de journées d'hospitalisation que la population québécoise.

- Les centres hospitaliers de courte durée desservent les populations des autres régions au-delà des attentes fixées par le Ministère (environ 230 lits de plus que l'objectif fixé), en raison du taux de suffisance de 56% des régions 06-B et 06-C, le taux d'autosuffisance étant fixé à 65%.

- Nous possédons théoriquement suffisamment de lits aux permis pour les besoins de notre population, ce qui prouve que la problématique ne se situe pas au plan de la disponibilité mais plutôt au niveau de l'accessibilité aux lits de courte durée. Cette accessibilité est restreinte en raison de l'occupation de lits de courte durée (433 lits) par des bénéficiaires de soins de longue durée en attente d'hébergement et de la fermeture de lits pour considérations budgétaires (556 lits). Une récupération de ces lits augmenterait de 989 notre bassin de lits de courte durée accessibles (excluant les 230 lits récupérés si les régions 06-B et 06-C étaient autosuffisantes).

En second lieu, le comité chargé de l'étude sur **les transplantations d'organes** a pour mandat d'élaborer un programme régional qui tienne compte des activités actuelles, du volume anticipé des prochaines années, du maintien de l'expertise et des coûts encourus. Le comité a, dans un premier temps, effectué un inventaire complet des activités et des ressources et s'est doté de critères pour l'établissement d'un modèle d'organisation régionale de transplantation. Des orientations précises quant à ce modèle seront définies d'ici l'automne 1988.

En ce qui a trait aux **activités en obstétrique-gynécologie,** la rationalisation des services d'obstétrique, en fonction du nombre d'accouchements, est en partie terminée avec la fermeture du service d'obstétrique de l'Hôpital St-Michel. Bon nombre d'établissements, dans le cadre de réaménagements physiques, se préoccupent de revoir le concept d'accouchement dans une optique d'humanisation des soins. Par ailleurs, le comité aviseur de gynécologie-obstétrique, dont le mandat inclut la "promotion de la santé et la prévention des maladies", a mis sur pied un groupe de travail composé de représentants de D.S.C. dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des nouveau-nés et des familles, et de réduire l'utilisation des services hospitaliers ultra-spécialisés. Cette étude a permis de dégager, à partir des problématiques en périnatalité, des priorités d'objectifs et d'actions selon les besoins de santé, de soins et de services. Le comité a également proposé un modèle d'organisation pour les activités reliées à la gynéco-oncologie et examine les besoins en lits pour les services de néonatalogie, dont la demande est en constante croissance.

En dernier lieu, le mandat du comité aviseur en **néphrologie** consiste principalement à assurer une accessibilité régionale adéquate aux services d'hémodialyse. Ses travaux ont porté sur l'élaboration d'un état de situation des services, de la demande et de la projection de celle-ci. Par ailleurs, les membres du comité se sont entendus sur la définition de critères permettant d'élaborer un programme régional. Leurs recommandations devraient être acheminées au conseil d'administration du Conseil régional au cours du printemps.

Les services aux personnes âgées

Dix-huit centres hospitaliers de Montréal offrent actuellement des services d'évaluation et de traitement actif en gériatrie. Nous avons consolidé et développé 378 lits de gériatrie active, ce qui nous permet d'atteindre notre objectif à 88%, l'objectif pour la région étant de 426 lits. Ces lits, regroupés en unités de soins, offrent un milieu thérapeutique permettant une intervention précoce face à une personne âgée malade, dans le but d'éviter une institutionnalisation prématurée. En 1987-88, 5 277

personnes âgées ont été hospitalisées dans ces unités, dont 48% sont retournées à domicile. La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 23 jours. En collaboration avec le Ministère, le Conseil régional effectue, depuis décembre 1987, une tournée d'évaluation des unités de gériatrie active.

Le service de psycho-gériatrie à domicile s'adresse aux personnes âgées qui vivent à domicile, ou qui sont susceptibles d'y retourner, et qui manifestent des problèmes de comportement ou d'adaptation reliés au processus de vieillissement. Ce tout nouveau service est disponible dans tous les territoires de D.S.C. de la région. Une équipe multidisciplinaire ambulatoire intervient dans le milieu de vie et travaille en étroite collaboration avec les autres services disponibles aux personnes âgées.

L'accessibilité aux services de courte durée

Pour ce qui concerne le monitoring des services d'urgence, nous obtenons un état de situation de toutes les salles d'urgence de la région métropolitaine à partir du système d'information quotidienne. Ces informations nous permettent de dépister les établissements problématiques et d'intervenir rapidement pour solutionner des difficultés d'engorgement. Les objectifs d'amélioration et les recommandations sont formulés par le comité d'évaluation du fonctionnement des salles d'urgence, dont l'objectif est de s'assurer que les patients ne séjournent pas à l'urgence plus de 48 heures. Des progrès importants ont été réalisés à cet égard.

Le Ministère demandait au Conseil régional de collaborer à l'implantation d'un registre de patients sur civières à l'urgence dans le but de recueillir des données pertinentes au suivi systématique et à la compréhension du problème de l'engorgement des salles d'urgence. Quatre régions socio-sanitaires participent à ce système d'information provincial, qui se veut un outil à postériori pour analyser les difficultés de fonctionnement des salles d'urgence de notre région.

En 1987, nous avons maintenu, grâce à un financement de 8 millions de dollars, 910 lits de courte durée accessibles pour assurer les admissions urgentes de la région métropolitaine durant la période estivale. Ceci permet d'éviter des problèmes d'engorgement importants dans les centres hospitaliers de courte durée.

L'hospitalisation à domicile est une structure qui offre des soins et des services hospitaliers de courte durée à domicile. Elle représente une alternative à l'hospitalisation pour les centres ayant une forte pression au niveau des admissions, elle est une extension de l'hôpital dans la communauté et est considérée comme une unité de soins. Trois projets d'hospitalisation à domicile sont en cours à Montréal, au C.H. de Verdun (25 places), à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (15 places) et à la Cité de la Santé de Laval (15 places). Depuis leur ouverture, 639 personnes ont été admises dans ce programme, ce qui représente 6 343 journées d'hospitalisation.

Prévention et contrôle des M.T.S.

Nous avons procédé, au cours de l'année, à une analyse du système de distribution de services de prévention et de contrôle des M.T.S. (principalement le chlamydia) que devraient offrir les laboratoires des établissements. Nous avons évalué les besoins par territoire de D.S.C. en fonction des clientèles cibles. Nous avons proposé un modèle d'organisation qui vise une utilisation optimale des ressources de laboratoire disponibles et une accessibilité géographique adéquate à l'ensemble de la population, par le biais de leur C.L.S.C., de leur médecin traitant, ou d'autres ressources telles que les bureaux de santé des universités.

Effectifs médicaux et dentaires

Le projet de loi 75 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été sanctionné le 19 juin 1986. Il précise le rôle du Conseil régional qui consiste à approuver, avec ou sans modification, les plans des effectifs médicaux et dentaires déposés par les C.L.S.C., les C.A., les C.H. et Urgences santé. Il stipule également que le Conseil régional doit élaborer un plan régional des effectifs médicaux et dentaires des établissements de la région, devant être révisé au moins tous les trois ans. Ce plan régional, élaboré à partir des plans des établissements, doit déterminer le nombre de médecins requis pour l'ensemble des établissements du réseau pour une période maximale de trois ans. Nous préparons actuellement l'exercice 1987-1990.

Afin de guider les établissements et le Conseil régional, le Ministère a fourni un cadre de référence à partir duquel seront évalués les plans régionaux d'effectifs médicaux. Celui-ci a été établi sur la base des deux objectifs fixés par la politique de répartition géographique des effectifs médicaux du Ministère, pour un meilleur partage

entre les régions:

- assurer à la population de la région une part équitable de services médicaux;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

En termes concrets, un objectif de décroissance de 269,2 médecins spécialistes et un objectif de croissance de 96 omnipraticiens devraient être atteints dans les régions 06-A et 06-E.

Pour élaborer un plan régional des effectifs médicaux et dentaires, il a tout d'abord fallu dresser les plans actuels des effectifs. Un inventaire complet et informatisé des médecins et dentistes a été constitué et déposé au Ministère le 14 avril 1988. Au 11 avril 1988, les effectifs de tous les établissements de la région représentaient une banque de 6 333 médecins et dentistes. Ce fichier est évolutif: nous devons y ajouter toute nomination ou démission.

Par ailleurs, l'établissement d'un plan requis des effectifs médicaux et dentaires est en cours. Conformément à la loi, les plans de certains secteurs ont été approuvés par le Conseil régional, tel qu'illustré dans le tableau ci-contre.

D'autre part, le Conseil régional reçoit progressivement les plans des C.H.S.C.D. et des C.H.V.P. approuvés par les conseils d'administration des établissements et des universités; l'analyse est en cours. Une fois ces plans analysés et approuvés, le Conseil régional pourra élaborer son plan régional et le soumettre au Ministère pour approbation.

Secteur	Nombre d'omnipraticiens et spécialistes requis (ETP)*
Réadaptation/ handicapés physiques et sensoriels	91,21
Alcoolisme et autres toxicomanies	2,42
C.H.S.L.D. et C.A./C.H.S.L.D.	156,36
C.A.R.: mésadaptés sociaux-affectifs	5,30
C.L.S.C.	345,96
C.A.H.	63,51
Total	**664,76**

*Équivalence temps complet

Les Services de santé mentale

Les Services de santé mentale ont poursuivi leur objectif d'organiser un réseau de services intégrés en santé mentale afin que la continuité et l'accessibilité des soins soient assurées à toutes les clientèles.

Les efforts ont été maintenus pour implanter et coordonner des services d'hébergement, de réinsertion et de réadaption dans la communauté pour une clientèle prioritaire de jeunes adultes psychotiques. Un budget d'environ trois millions de dollars est consacré aux ressources dites communautaires, dans six sous-régions. Plus de la moitié de ces fonds est affectée aux services d'hébergement. Actuellement, près de 6 000 personnes se sont prévalues de services dans la communauté.

Le Conseil régional a adopté, durant l'année, une nouvelle sectorisation en services psychiatriques de "courte durée" pour les adultes, qui constituera la base sur laquelle s'élaborera le plan régional d'organisation des services. Ces nouveaux secteurs s'ajustent mieux au découpage territorial des C.L.S.C. qui constitue, de plus en plus, la base d'organisation des services de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Ce nouveau découpage ne sera toutefois en vigueur que lorsque certaines demandes de ressources additionnelles auront reçu une réponse favorable de la part du Ministère. Dans les prochains mois, nous jetterons les bases d'un nouveau fonctionnement sous-régional des organisations impliquées dans les services psychiatriques de "courte durée" pour les adultes.

Concernant l'hébergement et les soins prolongés pour adultes en santé mentale, un certain nombre d'activités et de projets ont été réalisés ou initiés depuis l'été 1987, dont les principaux sont les suivants:

- l'inventaire des ressources institutionnelles de soins prolongés en psychiatrie de Montréal métropolitain destinées à la clientèle adulte (18-65 ans). Un inventaire semblable est initié pour la clientèle psycho-gériatrique (65 ans et plus);

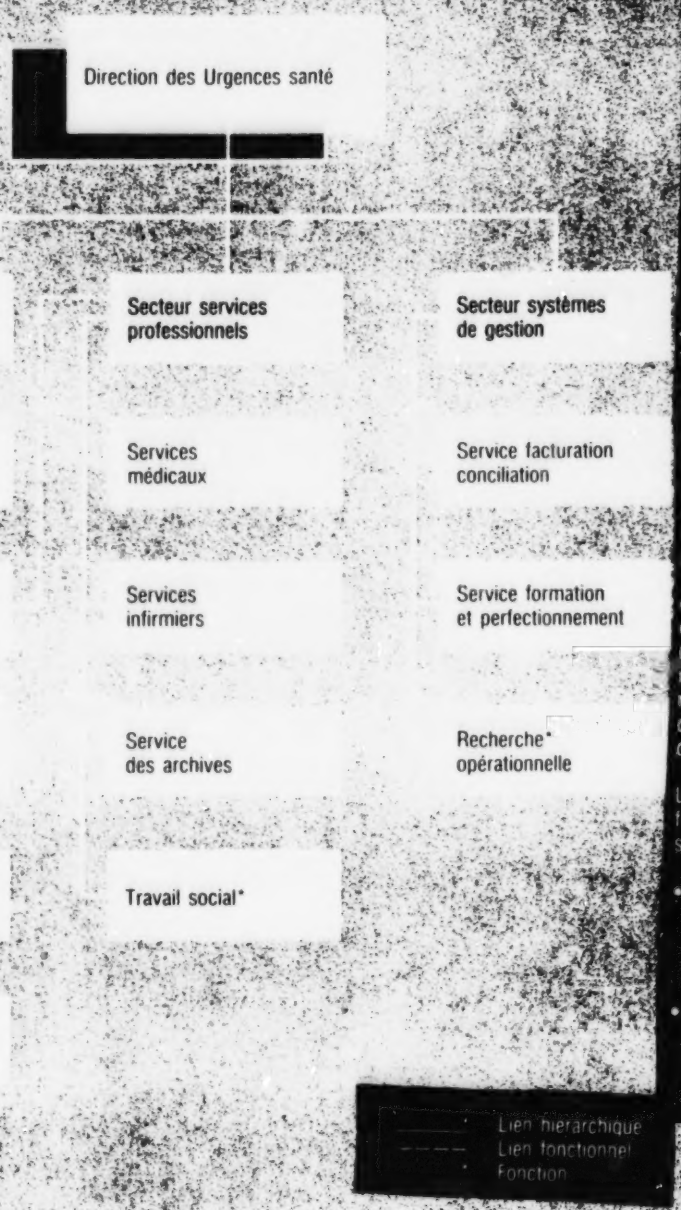
- l'inventaire des systèmes d'admission à l'hébergement et aux soins prolongés psychiatriques actuellement en vigueur et l'amélioration de l'efficacité de ces systèmes en collaboration avec les institutions concernées;

- confronté à l'absence de définition opérationnelle des soins prolongés en psychiatrie, un groupe de travail, composé d'intervenants et de gestionnaires du réseau de la santé mentale, a été mis sur pied dans le but d'élaborer une typologie des clientèles et des ressources institutionnelles de soins de longue durée. Les résultats de ce travail contribueront à l'exploration systématique des ressources institutionnelles requises par la clientèle psychiatrique de "longue durée" occupant des lits de "courte durée" dans les hôpitaux généraux et à vocation psychiatrique.

Les Services de santé mentale ont continué de suivre la situation des urgences psychiatriques dans la région. Des visites ont été effectuées où la situation s'avérait particulièrement problématique. De nombreux cas séjournent plus de quarante-huit heures dans les urgences psychiatriques du fait que 10 à 35% des lits de "courte durée" sont occupés par des patients de "longue durée". Dans ces cas problématiques, nous avons rencontré les responsables des organisations afin d'élaborer des mesures pour améliorer la situation et les mettre en application.

Enfin, la question des effectifs médicaux a particulièrement préoccupé le secteur des Services de santé mentale. Avec une connaissance exacte des effectifs en place, un cadre de référence a commencé d'être élaboré afin que le Conseil régional puisse se prononcer sur les plans d'effectifs requis présentés par les établissements.

L'année à venir devrait être riche en événements pour ce secteur puisque, dans la foulée du Comité Harnois, le Ministère s'apprête à adopter une nouvelle politique en santé mentale. Le Conseil régional devrait élaborer un plan régional d'organisation des services définissant les niveaux de service par clientèle, les conditions d'accès et la répartition des services sur le territoire.



Le Conseil régional, en tant qu'organisme de coordination et d'administration régionale des services de santé et des services sociaux, a le mandat, depuis 1981, de coordonner l'accessibilité aux services d'urgence et le transport ambulancier.

Le 4 février 1981, le gouvernement du Québec conférait au Conseil régional l'autorité régionale nécessaire pour solutionner le problème de l'accessibilité aux services d'urgence pour la population de la région de Montréal métropolitain. Le 23 novembre 1981, une entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation concernant les visites d'urgence remettait également la responsabilité de l'organisation et du fonctionnement de ce système au Conseil régional.

Le 22 décembre 1981, le Conseil régional mettait à la disposition de la population du Montréal métropolitain "Urgences santé", un centre de coordination des visites d'urgence hors-établissements; il fournissait à ce centre une centrale téléphonique et les ressources humaines et matérielles requises pour son bon fonctionnement, conformément au budget approuvé à cette fin par le Ministre.

Le Conseil régional exerce donc, de façon exclusive, les fonctions suivantes:

- établir les critères d'admission et les politiques de transfert des bénéficiaires pour l'ensemble des établissements publics et privés;
- fixer des normes de fonctionnement adéquat des services d'urgence et veiller à ce qu'elles soient adoptées dans ces établissements.

LA DIRECTION DES URGENCES SANTÉ

- s'assurer que ces établissements adoptent et appliquent des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas d'urgence en ce qui concerne l'utilisation et la distribution des lits;

- concevoir et implanter un système d'informatisation régionale pour connaître quotidiennement la situation dans les établissements quant au nombre et à la nature des inscriptions des bénéficiaires, de leurs transferts et des transports en ambulance;

- autoriser le déplacement d'un bénéficiaire vers un autre établissement lorsqu'un centre hospitalier vit une situation d'engorgement;

- recevoir les appels de la population qui demande des services d'ambulance et des visites médicales "urgentes" ainsi que les appels des établissements afin de répartir les demandes entre les détenteurs d'un permis d'exploitation d'un service d'ambulance.

Le centre de coordination des Urgences santé - maintenant appelé Urgences santé - est l'aboutissement de plusieurs études exhaustives portant sur la situation des services d'urgence et du transport ambulancier dans la région de Montréal métropolitain. Urgences santé reçoit et répond aux appels de la population de la région qui demande des secours d'urgence et des services ambulanciers. Ses services sont accessibles vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine. Une équipe d'infirmières, de médecins, de répartiteurs, d'ambulanciers et de superviseurs est là pour servir la population qui exige une réponse ou une présence considérée comme urgente.

Quelques statistiques

Au cours de l'année, la centrale de coordination a reçu 368 000 appels en provenance du public. 40% de ces appels ont suscité l'affectation de ressources d'urgence.

Urgences santé a effectué 165 191 transports par ambulance dont 105 861 (64%) répondaient à une demande du public tandis que 59 330 (36%) provenaient des établissements du réseau. Le nombre d'ambulances envoyées de façon urgente (gyrophares et sirène) et qui ont nécessité un transport vers un C.H.S.C.D. s'est élevé à 66 918, ce qui représente 66% des transports hors-établissements. Durant la même période, 40 727 visites médicales ont été effectuées dont 31 079 (76%) en tandem avec une ressource ambulancière. Au total, 174 839 interventions ont été réalisées auprès des bénéficiaires.

Le service de la répartition a dû procéder à quelque 255 191 affectations de ressources, soit 211 004 affectations d'ambulances et 44 188 affectations de médecins. Un certain nombre d'affectations sont annulées pour diverses raisons, telles l'évaluation plus poussée de l'infirmière ou le refus du bénéficiaire.

Une des mesures d'efficacité d'un système d'urgence est son temps-réponse. Les demandes nécessitant l'envoi immédiat d'une ressource sont les interventions comptabilisées pour évaluer la promptitude de la réponse offerte par le réseau d'intervenants. Le temps-réponse regroupe toutes les actions entreprises entre l'heure d'appel et l'arrivée sur les lieux. Ces activités sont l'identification et la localisation de l'appelant, l'évaluation du problème médical, la rédaction d'une fiche ressource, le transfert de la fiche au service de la répartition, la localisation des ressources optimales à utiliser, l'affectation des ressources et enfin, l'arrivée sur les lieux. Le délai d'intervention auprès du bénéficiaire s'est situé entre 8,4 et 11,1 minutes.

La formation de base des techniciens ambulanciers a été portée à 336 heures représentant un total de 120 000 heures de formation. En cours d'année, la direction a dispensé, en collaboration avec le CEGEP Ahuntsic, 58 320 heures de cours. De récentes décisions gouvernementales ont d'ailleurs porté cette formation de base à 825 heures.

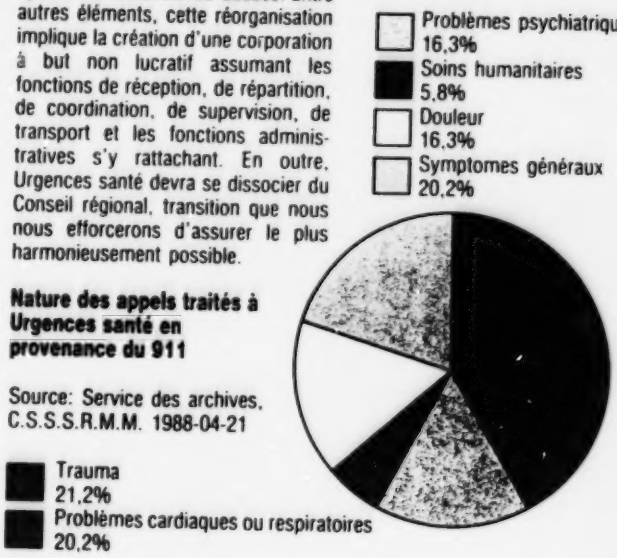
Perspectives d'avenir

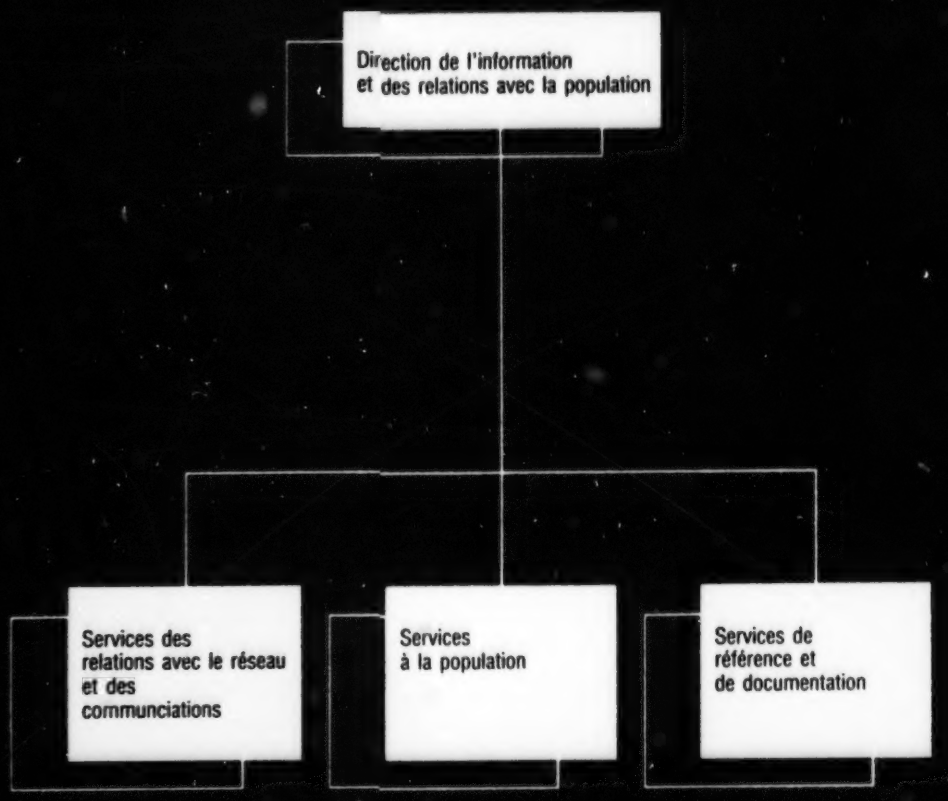
Le 2 mars dernier, le Ministre délégué à la Famille, à la Santé et aux Services sociaux a annoncé la réorganisation du système ambulancier au Québec. Entre autres éléments, cette réorganisation implique la création d'une corporation à but non lucratif assumant les fonctions de réception, de répartition, de coordination, de supervision, de transport et les fonctions administratives s'y rattachant. En outre, Urgences santé devra se dissocier du Conseil régional, transition que nous nous efforcerons d'assurer le plus harmonieusement possible.

Bernard Lefebvre
Directeur

Nature des appels traités à Urgences santé en provenance du 911

Source: Service des archives, C.S.S.S.R.M.M. 1988-04-21




Direction de l'information
et des relations avec la population
Services des
relations avec le réseau
et des
communciations
Services
à la population
Services de
référence et
de documentation

LA DIRECTION DE L'INFORMATION ET DES RELATIONS AVEC LA POPULATION

La Direction de l'information et des relations avec la population, outre sa vocation d'information, se préoccupe du citoyen vu et compris dans l'ensemble de ses attentes face au réseau des services de santé et de services sociaux. Elle agit comme représentante du Conseil régional dans ses contacts avec la population. À la lumière des informations recueillies, des plaintes et des demandes d'informations, elle est en mesure d'identifier les forces et les lacunes du réseau de services et de transmettre des informations aux diverses équipes du Conseil régional.

Le Service à la population

La Loi sur les services de santé et les services sociaux donne à tous les citoyens du Québec des garanties d'accessibilité universelle à des services personnalisés continus et de qualité. Toute personne qui croit que les services ne lui sont pas fournis selon les normes établies peut déposer une plainte au Conseil régional. S'il y a lieu, des correctifs sont alors apportés afin d'assurer le respect des droits et les besoins des bénéficiaires, et c'est dans un esprit de collaboration avec les intervenants et les dirigeants concernés que s'effectue la recherche des solutions les plus appropriées. Dans cette optique, le traitement des plaintes constitue un mécanisme d'évaluation privilégié quant à la dispensation des services de santé et des services sociaux et en ce sens, l'apport de la population s'avère une contribution essentielle pour l'amélioration continue des services.

Parallèlement, mais aussi dans une visée de complémentarité, d'efficacité et de continuité de services, la direction offre un service d'information, de consultation et de référence tant pour la population que pour les intervenants du réseau. Nous fournissons donc les renseignements d'usage concernant l'organisation du système de la santé et des services sociaux et orientons également les personnes à l'intérieur de celui-ci, selon les besoins présentés. Enfin, le service offre des consultations professionnelles concernant le respect des droits des bénéficiaires à travers les dimensions cliniques et légales inhérentes à l'évaluation, à l'orientation et à la prise en charge des cas.

Cette année, le Service à la population a effectué le traitement complet de 1 123 dossiers de plaintes. L'étude longitudinale d'un ensemble de plaintes a permis d'élaborer 27 dossiers thématiques et d'approfondir ainsi certaines problématiques reliées au mode de fonctionnement du système en matière d'accès et de qualité des services dispensés. Ces dossiers thématiques ont porté principalement sur: le maintien à domicile; les systèmes d'admission aux services d'hébergement temporaire et à long terme ainsi qu'aux services de soins prolongés; la sectorisation et la pédopsychiatrie; l'accessibilité aux services pour la psychiatrie adulte, la déficience intellectuelle et la personne âgée; l'accessibilité aux services d'Urgences santé et la qualité des services ambulanciers; la facturation de certains services assurés en C.A. et C.H.S.L.D.; l'accès aux services de diagnostic en C.H.S.C.D. pour des clientèles non suivies par l'hôpital concerné et l'adoption internationale.

D'autre part, et dans une même optique de traitement collectif, le service a procédé à l'étude de dossiers "Agrément". Ces dossiers concernent les établissements problématiques du réseau ainsi que certaines ressources sans permis du Ministère telles que les chambres, pensions et foyers illicites qui hébergent illégalement des personnes démunies en grave perte d'autonomie. La nature et la fréquence de certaines plaintes créent la nécessité de procéder à une expertise de milieu et, à cet égard, nous travaillons en étroite collaboration avec le Service du contrôle de la qualité du Ministère. Quarante-trois plaintes font référence à l'un de nos 174 dossiers "Agrément".

Le service a répondu à 10 973 demandes d'information-consultation-référence à travers nos structures d'accueil, d'enregistrement et de traitement des plaintes.

Nous sommes préoccupés par tous les types de clientèles et de besoins en matière de services de santé et de services sociaux. Le spécifique repose sur l'existence d'un malfonctionnement, d'une brisure dans la mise en relation service-soignant-soigné; le rôle du service doit tendre alors à rétablir l'harmonie rompue, ce qui suppose la gestion continue de conflits. Même s'il n'existe pas en soi de clientèle-cible, il n'en demeure pas moins que chaque année est marquée par certaines clientèles particulièrement souffrantes et dont les besoins ne sont pas satisfaits. Dans ce contexte, il est possible d'observer les progrès réalisés et les détériorations survenues d'une année à l'autre. Nous avons donc dressé le bilan de la situation résultant du traitement des plaintes au cours de l'année.

Au chapitre du **maintien à domicile**, le nombre de plaintes à l'endroit des C.L.S.C. a diminué cette année sauf lors d'une période de coupures

Louise Caron-Gareau
Directrice

massives de services. L'expérience acquise et les recherches en cours ont amené les administrateurs et les intervenants à s'orienter de plus en plus vers des clientèles-cibles assez bien définies. Compte tenu des effectifs budgétaires restreints, les services à domicile ont dû être interrompus pour plusieurs personnes, même très âgées, qui comptaient sur ces services parfois depuis plusieurs années. Certaines ont vécu péniblement ces coupures de services. Au cours des derniers mois, nous avons reçu quelques plaintes concernant l'impossibilité de desservir des clientèles évaluées prioritaires (cas lourds). Le nombre de places disponibles ayant été atteint en ce domaine, les nouveaux cas doivent attendre leur tour, trouver une alternative et parfois, s'il n'y a pas d'autre recours, être hospitalisés. Plusieurs personnes se sont plaintes de la qualité des services de maintien à domicile des agences privées, déplorant le manque de savoir-faire, le taux de roulement des employés et la contribution financière exigée pour certains services et certains frais de déplacement.

Les plaintes des **clientèles hébergées en C.A.H. et C.H.S.L.D.** sont multiples. Tout d'abord, les personnes lucides se sentent de plus en plus isolées et souffrent d'avoir à partager leur vie quotidienne avec des résidents au comportement dérangeant, le jour comme la nuit. Elles souhaitent être regroupées afin de pouvoir échanger ensemble et partager leurs affinités. Les familles et les bénéficiaires s'inquiètent du taux de roulement élevé du personnel et de l'alourdissement de leurs tâches, ce qui fait baisser la qualité du milieu de vie. Cette détérioration se traduit par:

- un régime de vie non adapté au rythme et aux besoins des bénéficiaires pour les levers, l'hygiène, la toilette et les repas;
- un manque d'assistance au niveau de besoins fondamentaux: les bénéficiaires doivent sonner très longtemps avant d'obtenir une réponse, ce qui accroît leur sentiment de dépendance;
- des règles rigides, non adaptées aux différentes clientèles, qui empêchent les personnes autonomes de demeurer alertes et motivées à se garder en santé;
- des mesures de protection physique et de sécurité déficientes; plusieurs chutes et accidents graves nous ont été signalés au cours de l'année.

Un bon nombre de plaintes provenant des clientèles hébergées en C.A.H. et en C.H.S.L.D. semblent être causées par l'absence d'une approche globale de la personne. La non-intégration des familles à l'élaboration, à la réalisation et à la révision des plans de soins et de services prive les intervenants d'informations pertinentes et biaise l'évaluation des réels besoins de la personne. On se plaint également du peu de services de réadaptation disponibles pour la clientèle hébergée. Des services d'ergothérapie et de physiothérapie devraient être dispensés régulièrement pour le maintien des acquis, des capacités physiques et surtout, du moral de ces bénéficiaires.

La clientèle des centres d'accueil d'hébergement privés-autofinancés, comme celle des **centres d'accueil publics,** s'est alourdie considérablement depuis quelques années. Or, l'étude des plaintes provenant de ces centres d'accueil démontre que plusieurs d'entre eux ne sont pas suffisamment équipés pour répondre aux besoins fondamentaux d'un bon nombre de bénéficiaires: manque de surveillance, insalubrité des lieux et absence d'hygiène, pauvreté de la nourriture, absence d'activités.

Les gens atteints de sclérose en plaque ont retenu notre attention. Ces plaintes touchent tous les réseaux, les services de maintien à domicile, l'accès aux soins de courte durée, l'hébergement temporaire ou à long terme, ou encore l'accès à des ressources alternatives et transitoires. Cette clientèle est relativement jeune et requiert un programme spécifique de services adaptés au rythme de l'évolution de la maladie. Ces cas sont actuellement à la remorque du système qui répond partiellement et de façon morcelée aux besoins, sur les plans physique, psychique, social et sur le plan de la réadaptation.

En ce qui concerne **la clientèle de la désinstitutionnalisation,** nous avons observé cette année une diminution marquée des plaintes reliées au manque de ressources et de services externes pour la clientèle déficiente intellectuelle. Le fait de retirer cette clientèle du milieu institutionnel et de la placer dans des structures plus légères et normalisantes crée des difficultés d'adaptation. Une plus grande implication des familles dans le processus de désinstitutionnalisation permettrait d'atténuer les craintes de ces bénéficiaires et de leurs familles. Du côté de la psychiatrie, le processus d'une intégration sociale adaptée aux besoins des individus et de leur famille s'avère encore très difficile pour un bon nombre de cas. Les proches et les familles crient littéralement au secours,

nous demandant d'intervenir rapidement, de mettre fin au cercle vicieux du phénomène de la porte tournante.

La problématique d'accès aux services psychiatriques est encore plus aiguë pour **la clientèle ayant des problèmes multiples.** Il s'agit de personnes ''multi-handicapées'', ayant des déficiences sur le plan physique et intellectuel et présentant également des troubles profonds de la personnalité. Ils sont refusés par les établissements, ceux-ci ne possédant pas, de façon individuelle, l'ensemble des conditions requises pour assurer leur traitement. Selon le cas, l'une ou l'autre des caractéristiques de la clientèle devient un prétexte d'exclusion. Quelques cas de ''Korsakof'' nous ont été également signalés; ces bénéficiaires se retrouvent dans la rue, dans les prisons, refoulés dans leurs familles, ou encore stationnés dans les salles d'urgence et les lits de soins prolongés des C.H.S.C.D. Là encore, la nécessité d'une coordination exhaustive et le développement de programmes spécialisés s'imposent.

L'étude des plaintes reliées aux **malades atteints de SIDA** démontre clairement que le système de santé n'est pas ajusté aux différents besoins des bénéficiaires, dont la maladie évolue de façon imprévisible. Tout semble indiquer qu'il y aurait lieu de développer des programmes spécialisés pour ces cas, tels la mise en place ''d'unités palliatives spécifiques''.

Du côté des **services d'urgences préhospitaliers,** le volume des plaintes concernant les services infirmiers à la prise d'appel, l'évaluation et l'orientation des demandes de la population et la disponibilité des médecins sur la route a grandement diminué. Il est regrettable que, vu l'engorgement de certaines salles d'urgence et les quota d'ambulances fixés par les C.H.S.C.D. et Urgences santé, les bénéficiaires ne puissent plus se rendre en ambulance à l'hôpital de leur choix, ce qui fait souvent l'objet de plaintes. Les principales plaintes dénoncent l'attitude d'agression de certains travailleurs ambulanciers; les uns auraient refusé de les assister, de les transporter sur civière ou encore de les transporter à l'hôpital.

Le nombre de plaintes concernant **la question linguistique** a augmenté depuis un an et a trait en grande majorité à l'absence de services en français dans les établissements majoritairement anglophones. Les plaintes à l'endroit des C.H.S.C.D. étaient surtout reliées à la psychiatrie. Depuis un an, tous les services sont touchés: l'accueil, l'urgence, les soins intensifs, les soins actifs, la réadaptation. En somme, les bénéficiaires francophones se plaignent de ne pouvoir se faire comprendre, que ce genre de situation engendre beaucoup d'anxiété et qu'à l'occasion, des conséquences graves peuvent en résulter.

Quant à **la contribution financière** de certaines clientèles hébergées, les difficultés signalées l'an dernier en regard des besoins spéciaux des bénéficiaires perdurent toujours.

En conclusion, le traitement des plaintes au cours des années a permis de constater les progrès réalisés à travers le réseau. On se plaint de moins en moins de congés d'hôpital donnés hâtivement, sans référence à des ressources appropriées. Les systèmes d'admission en C.A.H. et en C.H.S.L.D. montrent une plus grande souplesse entre les secteurs, un meilleur échange professionnel avec les animateurs et une plus grande considération du choix de la ressource par les bénéficiaires et leur famille. Si les plaintes des années 1986-1987 ont fait ressortir la nécessité de développer et de perfectionner les systèmes pour l'accessibilité aux services, la question du développement de programmes spécialisés en fonction des différentes caractéristiques de la clientèle constitue la toile de fond de l'analyse des plaintes de l'année 1987-88. Dans les deux cas, il s'avère nécessaire de développer une approche globale de la personne, de mettre en place des mécanismes de coordination continue concernant l'élaboration, la réalisation et la révision des plans de services et d'amener les bénéficiaires et leur famille à participer activement au processus de traitement.

Bilan des dossiers plaintes

Dossiers plaintes	Dossiers actifs au début de la période	Ouverture des dossiers au cours de la période	Fermeture des dossiers au cours de la période	Dossiers actifs à la fin de la période
Réseau 06A	75	620	633	62
06E	6	56	55	7
Total	81	676	688	69
Urgences santé	7	447	435	19
TOTAL	**88**	**1 123**	**1 123**	**88**

Relations avec le réseau et communications

La Direction de l'information a poursuivi, tout au long de l'année, ses efforts pour la mise sur pied d'un réseau régional de communication, fusionnant les intérêts, les attentes et les besoins des établissements et ceux du Conseil régional au profit de l'ensemble du réseau socio-sanitaire montréalais. Conjointement avec le Comité régional sur l'information et les communications, la direction a travaillé à la réalisation de son mandat de concertation en matière de communication et d'information ainsi qu'à la réalisation concrète d'activités régionales reliées aux publications, à la documentation, à la coproduction, à la télématique, aux achats en commun, aux communications.

En ce qui concerne les publications, une équipe régionale chargée du projet de publication du journal "Interpoint" a réalisé le prototype du journal. Elle a également élaboré une politique éditoriale, un plan d'autofinancement ainsi qu'un guide de production. Au cours de l'automne, Interpoint a fait l'objet d'une évaluation-réseau auprès de 450 intervenants des milieux sociaux et sanitaires de la région. La décision de publier régulièrement le journal régional sera prise au début de l'exercice financier 1988-89.

En ce qui a trait aux activités de documentation, la Direction de l'information a mis sur pied une équipe régionale composée de documentalistes afin de promouvoir et d'améliorer les activités de documentation dans le réseau des 260 établissements de la région. L'équipe a réalisé un inventaire qui, par sa diffusion dans le réseau, permettra d'actualiser l'orientation de partage des services et des ressources en documentation. Ce répertoire sera édité au printemps 1988.

La perspective d'activités de coproduction dans la région métropolitaine s'inscrit dans le cadre d'une orientation d'échange de services et d'expertises. De concert avec tous les partenaires impliqués, il est proposé de travailler à l'élaboration d'une infrastructure régionale de coproduction qui soit à la fois souple, efficace, reconnue par le réseau et qui facilite le partage des ressources.

Le Service des relations avec le réseau a assuré tout au long de l'année la surveillance des élections des membres des conseils d'administration des établissements publics de notre région. Il a simultanément maintenu le lien entre les établissements, le Conseil régional et le Ministère pour la mise à jour des fichiers des membres de conseils d'administration. En mai 1987, 613 personnes ont été élues ou nommées aux conseils d'administration de 145 établissements de la région, se répartissant comme suit:

Organismes bénévoles	145
Bénéficiaires	188
C.A.	73
C.L.S.C.	104
C.H.	58
C.S.S. (contrats de services)	45
	613

Le service a répondu à de nombreuses demandes d'informations de la part de membres de conseils d'administration, de directeurs généraux ou d'employés du réseau. Ces informations portaient sur le rôle et le fonctionnement d'un conseil d'administration versus le rôle du directeur général; sur l'existence de conflits d'intérêts ou de rôles; sur le rôle du conseil d'administration d'un établissement versus le rôle de la corporation privée propriétaire des immeubles; sur la qualité requise pour être membre d'un collège électoral, ou pour siéger au conseil d'administration; sur le processus de remplacement des membres démissionnaires; sur la distinction entre le membre provisoire et le membre dûment élu, ainsi que la transition entre le conseil d'administration provisoire et celui formé selon les modalités d'élection/nomination.

Ces communications avec le réseau nous permettent d'identifier certaines difficultés que rencontrent les conseils d'administration et les directions générales des établissements. Ainsi, la compréhension erronée de la "représentativité" du groupe qui a élu ou nommé le membre au conseil d'administration crée des situations de conflit de rôle, certains membres se préoccupant des besoins des membres de leur collège électoral plutôt que de la saine gestion de leur établissement, sur la base des besoins de leur clientèle. De nombreuses difficultés gravitent aussi autour du collège électoral des bénéficiaires. D'une part, les membres des comités sont très souvent dans un état de santé précaire, ce qui rend très difficile leur participation aux délibérations et aux prises de décisions; d'autre part, l'on ne peut ignorer leur vulnérabilité dans des situations trop souvent conflictuelles.

La possibilité de rapprochements administratifs entre divers établissements a été explorée; à la demande du Ministère et en collaboration avec la Direction de la programmation, certaines hypothèses ont été soumises à ces établissements. Quatre conseils d'administration de centres d'accueil

d'hébergement sont activement engagés dans un processus d'intégration ou de fusion.

De l'information et de l'appui ont été offerts pour la formation des conseils d'administration des C.L.S.C. en implantation. Par ailleurs, plusieurs comités de bénéficiaires et de directions d'établissements ont pu compter sur les outils, les conseils et le support du service pour une clarification du rôle et du mandat de ces comités.

Dans le cadre des relations avec les porte-parole des malades ou les conseillers aux plaintes, la direction a offert une journée de formation touchant la relation d'aide à l'intérieur du travail de la porte-parole.

Le service continue la gestion du fichier de quelques 700 contrats de services professionnels entre établissements du réseau et divers organismes. Il assure l'analyse et le dépôt selon les normes prévues.

La direction a repris ses travaux de coordination du Comité provincial des droits d'auteur qui lancera sa campagne d'information au cours de l'année 1988. Dépliants, affiches et guide concernant le droit d'auteur à l'usage du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux seront accompagnés de rencontres de sensibilisation et de formation.

La direction a organisé une exposition itinérante M.S.S.S.-C.R.S.S.S. sur les mesures de sécurité dans les établissements de santé et de services sociaux de la région dans le but de sensibiliser les intervenants à l'importance de la mise sur pied d'une planification d'urgence en cas de sinistre. Par ailleurs, elle a participé au Salon international des Aînés dont l'objectif est de donner de l'information sur les services existants pour sécuriser les personnes âgées et les inciter à se prendre en charge, ainsi qu'à la Foire internationale de Montréal où les visiteurs ont pu s'informer sur les services de santé et les services sociaux offerts dans la région de Montréal métropolitain.

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Conseil régional a tenu sa séance publique d'information annuelle, au cours de laquelle les grandes activités de l'année et le rapport financier annuel ont été présentés. Cent trente-huit personnes, provenant majoritairement des établissements du réseau, ont participé à cette rencontre.

La direction a organisé vingt-quatre rencontres d'information sur le réseau, ses composantes, facettes et services, pour des groupes communautaires, des étudiants, des usagers, des intervenants du réseau et des délégations de divers pays. Enfin, elle a répondu à 483 demandes d'information de la presse parlée et écrite, sous forme d'entrevues, de reportages, d'appels documentés et de recherches.

Conditions de vie des femmes

Les activités reliées au dossier Conditions de vie des femmes permettent de créer des liens avec les diverses instances institutionnelles ou communautaires préoccupées par la situation des femmes dans le domaine de la santé et des services sociaux, sur la base de deux objectifs:

- assurer la concertation nécessaire afin d'identifier les besoins des femmes en regard des services de santé et des services sociaux, ainsi que la réalisation des interventions requises;

- assurer un suivi aux programmes susceptibles de mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de femmes, autant au niveau de l'accessibilité que de la qualité.

La priorité a été accordée aux femmes victimes de violence, cette problématique affectant un grand nombre de femmes et ayant des répercussions importantes dans plusieurs secteurs de notre réseau. Ainsi, les études démontrent que 40% des enfants signalés au Comité de protection de la jeunesse vivent dans un milieu où la mère elle-même est victime de violence. Ce schéma se perpétue et 12% des enfants provenant de milieux familiaux violents reproduisent la violence dans leur couple [1]. L'on évalue également qu'une femme sur quatre vue en psychiatrie, et 18 à 21% des femmes reçues en salle d'urgence, ont été victimes de violence. Entre 1981 à 1985, 261 femmes ont été assassinées par leur mari, alors que cinquante-sept hommes l'ont été par leur conjointe. Les conséquences de la violence sont donc très graves.

Depuis l'automne 1987, la coordonnatrice des dossiers Conditions de vie des femmes participe activement à deux tables de concertation sur les femmes violentées. La première, portant sur la violence intra-familiale, a été mise sur pied par le Service de police de la C.U.M. en janvier 1987; elle réunit des participants provenant du secteur juridique, du secteur de la santé et des services sociaux, ou encore du secteur communautaire (maisons d'hébergement, services pour hommes agresseurs). Son mandat est de faciliter la concertation entre les différentes instances impliquées dans les services aux personnes aux prises avec la problématique de la violence. La deuxième table de concertation se situe à un niveau sous-régional et réunit les intervenants des différents secteurs de services de Montréal-Nord. Ces tables nous permettent d'identifier, à partir de sources diversifiées, les services offerts à ces clientèles, ainsi que les lacunes qu'ils présentent.

Le secteur Conditions de vie des femmes a participé activement au programme de formation relié au dossier "Violence". Ces sessions de formation suscitent de plus en plus d'intérêt auprès des intervenants du réseau. La problématique de la violence conjugale y est mieux connue et crée de ce fait une responsabilisation du réseau à assurer les services de qualité nécessaires. Compte tenu de ce succès, nous avons demandé au Ministère une répétition de cette formation dans la région de Montréal au cours de l'hiver 1988-1989.

Afin de faciliter le développement d'un véritable réseau de collaboration entre les intervenants, la direction prépare un inventaire de ressources pour femmes violentées, victimes d'agression à caractère sexuel, hommes agresseurs, femmes en difficulté. Ce répertoire devrait être finalisé d'ici la fin avril pour distribution aux intervenants du réseau et aux organismes communautaires.

Afin de pouvoir assurer une aide à toutes les familles aux prises avec quelque difficulté et dans le cadre du dossier "Avis de naissance", un groupe de travail a été mis sur pied par le Comité d'humanisation des soins avec le mandat de développer un programme fonctionnel de suivi périnatal. Ce comité a soumis un document de travail sur les différentes modalités d'interventions possibles. Ce document est actuellement en consultation auprès des établissements impliqués dans ce dossier et le suivi sera assumé par les Services de première ligne de la Direction de la programmation.

(1) Agir contre la violence, Ginette Larouche, Les éditions de la pleine lune.

Référence et documentation

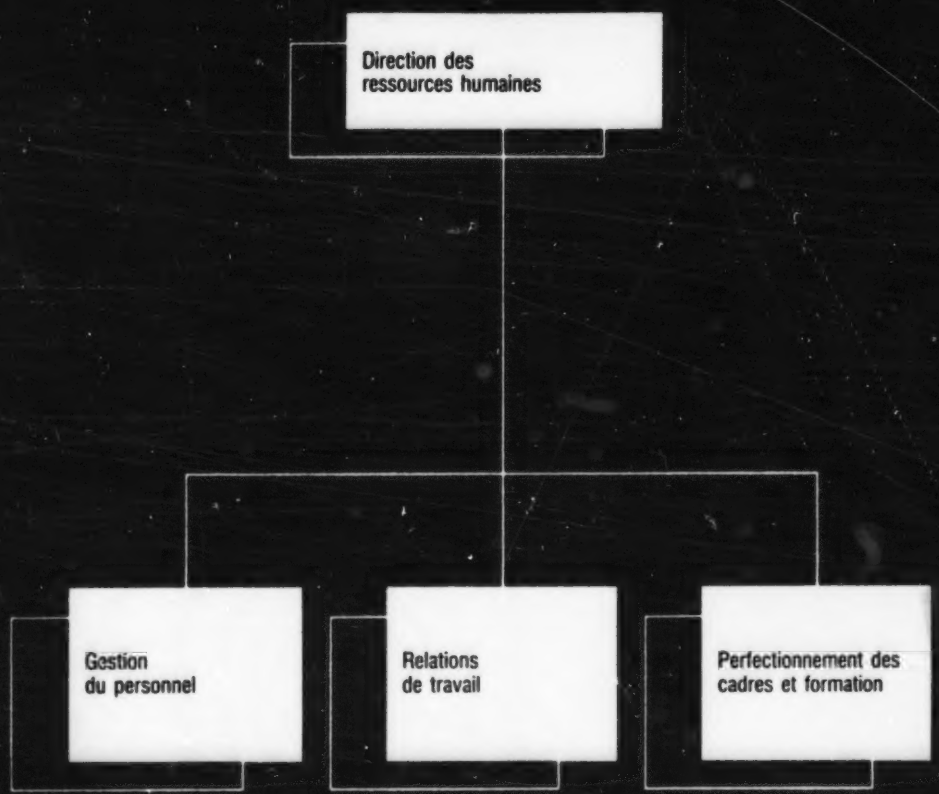
Le Service de référence et de documentation est un service de soutien à l'équipe du Conseil régional. Cependant, le personnel des établissements et toute personne intéressée peuvent y avoir accès: le service effectue des recherches sur demande, reçoit en consultation sur rendez-vous et distribue les documents produits par le Conseil régional dont il est le dépositaire. De plus, il centralise des informations sur tous les établissements de santé et de services sociaux de la région. Une brochure d'information sur ses activités a été préparée et est remise à tous les nouveaux employés.

L'implantation du programme de gestion documentaire amorcé en mai 1984 se poursuit. Le nombre de dossiers actifs enregistrés se chiffre maintenant à 11 287, et le nombre de mises à jour à 2 684, cette année. La formation du personnel concerné et le soutien qui leur est apporté sont un gage de succès pour l'implantation de ce programme. Vingt-huit rencontres de formation-information ont eu lieu et quatre visites de contrôle ont été faites dans des unités administratives où des problèmes avaient été pressentis. Grâce à notre calendrier de conservation validé et approuvé par les Archives nationales, nous avons procédé au transfert de 579 boîtes d'archives au centre de documents semi-actifs et en avons détruit 342. Ce calendrier doit être mis à jour régulièrement, selon nos besoins. Nous y avons ajouté 51 nouvelles règles de conservation. Enfin, un module de recherche s'est ajouté aux programmes informatiques supportant la gestion documentaire.

La collection du centre de documentation comprend 5 500 volumes et rapports, 220 abonnements courants, les lois et règlements refondus du Québec et d'autres documents (cartes, circulaires, communiqués, etc...). Le centre a fait l'acquisition de 1 000 documents, dont 600 sans frais. Il a pris dix-huit nouveaux abonnements et fait 280 emprunts, la plupart du temps par courrier électronique, dans d'autres bibliothèques. Il a répondu à 250 demandes de recherches venant de l'extérieur en plus des recherches faites pour la permanence. Deux cents étudiants de niveau universitaire (57%), des travailleurs du réseau (24%) et d'autres personnes (19%) sont venus consulter sur place des documents de notre collection. Les sujets les plus fréquemment abordés sont l'impact du vieillissement de la population, les données démographiques et socio-sanitaires de la région, les mandats, la structure et le fonctionnement des établissements. Par ailleurs, étant donné les coûts rattachés à la production des documents, une politique de diffusion et de vente des documents distribués par le Conseil régional a été émise, qui consiste à s'assurer que les documents produits par les professionnels du Conseil soient accessibles aux différentes populations et puissent être distribués facilement. Deux mille cinq cent vingt-neuf documents ont ainsi été distribués dans le réseau et à la population. Enfin, les statistiques d'utilisation du bulletin hebdomadaire "Pour votre information" nous indiquent que 5 671 demandes de documents ont été faites par la permanence suite aux parutions de ce bulletin.

Le fichier des établissements contient des informations de base sur 257 établissements de la région et 556 de leurs installations. Le nombre de mises à jour annuelles se situe aux alentours de 650. En plus des recherches simples faites au fichier, des listes d'établissements, des tableaux sommaires et de la production d'un répertoire, 57 rapports spéciaux ont été faits pour répondre aux besoins d'information de la permanence.

L'équipe régionale de documentation a tenu onze rencontres au cours desquelles les participants ont partagé les tâches relatives à une enquête auprès des établissements de la région et à la préparation d'un répertoire de ressources en documentation.



Créée à la fin de l'année 1986 pour répondre aux besoins grandissants d'une organisation comptant plus de 500 employés, la Direction des ressources humaines achève sa première année complète d'existence.

La mission de la Direction des ressources humaines s'inscrit dans les objectifs généraux du Conseil régional qui sont d'assurer un service maximal et de qualité à la population et aux établissements en comptant sur un personnel compétent, efficace et fier de son appartenance. Elle comporte deux volets: le volet interne, d'une part, dont la fonction principale est l'acquisition, le développement et la conservation des ressources humaines, dans un climat de collaboration, de support et de relations de travail harmonieuses; un volet régional, d'autre part, par le biais du Service du perfectionnement des cadres, dont la fonction est de répondre aux besoins des établissements au niveau des cadres, des membres de conseils d'administration et des bénévoles.

Poursuivant ces objectifs d'amélioration de l'efficacité organisationnelle et de croissance personnelle, la Direction des ressources humaines veille à la gestion efficace d'un personnel composé de 543 employés actifs attachés aux différentes directions.

Les activités du **secteur de la dotation** ont surtout porté sur la stabilité des ressources humaines. La répartition quantitative et qualitative des ressources humaines dans l'organisation a été réévaluée de façon à mieux correspondre aux exigences des services et aux objectifs poursuivis dans les différents programmes régionaux. Cette opération a donné lieu à la réorganisation et à la

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

restructuration de certains services. Sur le plan des activités touchant l'acquisition des ressources humaines, 148 embauches et 152 mutations ont été effectuées, ce qui représente des mouvements de personnel assez importants compte tenu de la taille de l'organisation. Quant à l'intégration de personnes handicapées, sept personnes ont été embauchées. Bien que ce résultat paraisse modeste, il constitue néanmoins une amélioration sensible et témoigne de la volonté de se doter de pratiques d'embauche fondées sur l'égalité des chances dans l'emploi.

Le secteur des relations de travail a été très actif durant cette période. Les conventions collectives pour le personnel syndiqué d'Urgences santé ont été signées en mai 1987 avec la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, pour les infirmières, et avec la Fédération des Affaires sociales, pour les répartiteurs, les messagers et les employés de bureau. Plusieurs comités de travail se sont réunis de façon régulière dans le but de trouver des solutions à des problèmes touchant les conditions de travail, la tâche et les horaires. Ces travaux s'inscrivent dans une volonté des parties patronale et syndicale d'harmoniser les relations entre les personnes et d'améliorer le climat de travail.

Une partie du **Service de formation** rattachée à la Direction des Urgences santé a été transférée, en fin d'année, à la Direction des ressources humaines. L'acquisition, en novembre 1987, de trois nouvelles ressources a permis d'analyser les besoins de l'organisation, afin d'utiliser de façon optimale les ressources humaines du Conseil régional. Ainsi, nous élaborons actuellement un programme de santé et de sécurité principalement axé sur la prévention, l'information et la promotion de la santé. Nous élaborons également un programme d'évaluation du rendement du personnel qui répondra aux besoins de l'organisation; ce programme se situe dans une perspective de développement de l'employé, et devrait permettre d'atteindre et de maintenir un niveau optimal de rendement. Enfin, une recherche a été entreprise dans le but d'implanter un service d'aide aux employés; ce programme devrait offrir une aide situationnelle et un service de référence vers des ressources appropriées, dans le but de permettre à l'employé de retrouver une plus grande productivité et de mieux fonctionner en tant qu'individu.

Service du perfectionnement

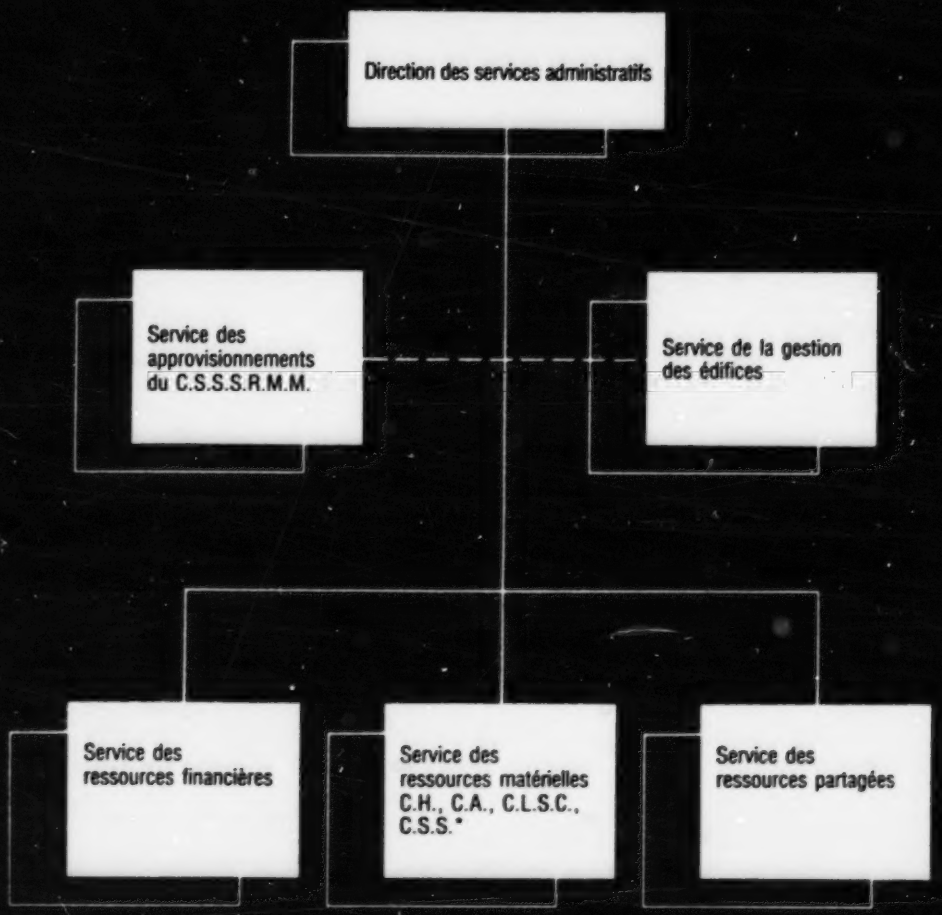
En vertu du mandat confié en 1981 par le Ministère, le Service du perfectionnement élabore un programme varié d'activités à l'intention de publics-cibles de la région. Sur la base des besoins des clientèles, le service organise des activités selon divers modèles afin de faciliter leur participation: des sessions intensives, des colloques, des matinées de réflexion, des soirées d'information, des déjeuners-causeries, des sessions en établissement. Il développe également des outils pratiques destinés aux établissements. Cette année, 1 488 personnes ont participé à cinquante-cinq sessions de perfectionnement. De plus, soucieux d'une meilleure connaissance des besoins en matière de perfectionnement-formation, le service a mis sur pied des centres d'évaluation du potentiel pour les cadres intermédiaires. Ces centres visent à identifier les forces et faiblesses en gestion des cadres participants afin de les aider à mieux cerner leurs besoins de perfectionnement.

Afin de répondre adéquatement à leurs besoins, le Service du perfectionnement s'assure de la collaboration des représentants de ces clientèles pour l'évaluation des besoins et pour l'établissement des contenus de formation. En plus de ces comités ad hoc, le service compte sur le support du Comité régional de développement des cadres, composé de douze membres, pour s'assurer d'une plus grande participation.

Distribution des employés dans les directions du Conseil régional

Direction générale	5
Direction de l'information et des relations avec la population	29
Direction de la programmation	65
Direction des services administratifs	101
Direction des Urgences santé	285
Direction de la planification, des systèmes et méthodes	40
Direction des ressources humaines	18
	543

Gilles Forcier
Directeur



*Modifié en avril 1988

La Direction des services administratifs englobe ce que d'autres conseils régionaux appellent la Direction des services aux établissements. Les services de cette direction concernent à la fois les activités internes du Conseil régional, telles celles du Service des ressources financières, et les activités externes, telles celles du Service des ressources matérielles C.H., C.A., C.L.S.C., C.S.S.

Le Service des ressources matérielles C.H., C.A., C.L.S.C., C.S.S. gère et administre les enveloppes financières consacrées au maintien des actifs du réseau, ainsi qu'à la location d'espaces requis par les établissements pour la dispensation de services. L'évaluation des besoins régionaux, l'allocation des subventions et les recommandations pertinentes dirigées au Ministère en matière de ressources matérielles sont effectuées de concert avec les établissements par le biais de la Commission des immobilisations C.H. et le Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S. Au cours de 1987-88, les recommandations du service ont permis l'engagement de 32 349 047 $ pour des projets prioritaires. Le tableau 1 fait état de la répartition de cette somme.

Du côté des centres hospitaliers, des subventions spéciales du Ministère totalisant plus de 5 millions de dollars ont été accordées entre autres, pour le remplacement de trois appareils d'angioradiologie et d'un scanno-graphe. De plus, l'Hôpital Saint-Luc et l'Hôpital Royal-Victoria ont acquis deux lithotriteurs permettant la désintégration des calculs rénaux, pour lesquels le Conseil a octroyé un financement de 500 000 $. Par ailleurs, grâce à une utilisation maximale de la marge de

LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

crédit allouée par le Ministère pour le financement de projets d'immobilisation, le Conseil a pu ajouter 7,8 millions de dollars non-récurrents à l'enveloppe régulière affectée aux projets d'équipement et de construction des centres hospitaliers. En ce qui a trait aux projets d'immobilisations reliés au désengorgement des urgences des centres hospitaliers, la plupart sont en phase préliminaire et devront, au cours des prochains mois, et après décision du Conseil du Trésor, passer à la phase de réalisation. Ce dossier demeure donc un objet d'attention particulière pour l'année à venir. Enfin, un projet d'étude régionale a permis d'établir les coûts de modernisation de six centres de radiothérapie de la région à 35-40 millions de dollars; la Ministre a autorisé trois de ces centres à réaliser les plans préliminaires.

Au chapitre des équipements en C.A., C.L.S.C., C.S.S., plusieurs projets de développement ont été complétés en collaboration avec la Direction de la programmation, notamment: équipement de réadaptation physique pour les clientèles lourdes, équipement de communication pour les malentendants et les personnes devenues sourdes dans les centres de jour, équipement de service à domicile et équipement relié aux projets de désengorgement des urgences. En fin d'année, les responsables des locations et de l'équipement ont été impliqués dans l'important dossier du parachèvement du réseau des C.L.S.C., toujours en collaboration avec la Direction de la programmation du Conseil régional.

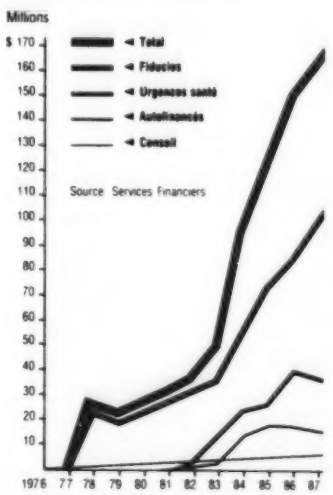
Dans le programme location d'espaces, un travail majeur de conciliation des dossiers actifs a permis de mesurer les impacts financiers réels des baux en vigueur et les ajustements requis ont été recommandés au Ministère pour assurer aux établissements un équilibre budgétaire au cours du prochain exercice.

Les Services partagés sont maintenant reconnus à titre de "courtier" des établissements pour tout dossier de regroupement qui permette "l'échange, l'élimination des dédoublements et une meilleure répartition des services", en particulier pour ce qui concerne l'approvisionnement en commun, le service de buanderie, la disposition des surplus de mobilier et d'équipements et l'organisation de partage de services. Ils ont mis en place un important programme de développement qui permet à ses membres de bénéficier, entre autres, d'un meilleur système d'information et de communication, d'un système d'entreposage et de distribution.

Les résultats des négociations regroupées, suite aux mandats reçus des établissements, sont par secteurs:

	1987-1988
Diététique	24 412 249 $
Lingerie literie	4 277 702
Entretien ménager	4 732 830
Installation matérielle	7 443 759
Laboratoire	4 269 354
Soins infirmiers	21 414 038
Pharmacie	48 987 260
Radiologie	5 855 495
Buanderie	16 096 070
Équipement administratif	10 089 458
Contrats de service	1 000 000
Total	**148 578 215 $**

Évolution des fonds gérés



Robert S. Larivière
Directeur

Tableau 1: immobilisations

	Nombre de projets retenus	Subventions
CENTRES HOSPITALIERS Projets de moins de 1 000 000 $		
Secteur Construction		
Sécurité/vétusté	95	6 045 000 $
Réaménagement	17	2 304 000 $
Secteur équipement		
Remplacement	111	8 019 000 $
Développement	29	1 089 000 $
Spéciaux (M.S.S.S.)	9	6 018 000 $
Total Centres hospitaliers	**261**	**23 475 000 $**
CA, CLSC, CSS Mandat 250 000 $ et moins		
Rénovation/construction	120	3 200 000 $
Mandat des locations d'espaces	225	11 144 000 $
Mandat d'équipement	115	3 295 000 $
TOTAL CA, CLSC, CSS	**460**	**17 639 000 $**

Hébergement-soins de longue durée

Bilan projet expérimental de réinsertion sociale "je rentre chez moi", Andrée Demers-Allan, Direction de la programmation, septembre 1987.

Définition des ressources d'hébergement ou de soins de longue durée dans la région de Montréal métropolitain, Andrée Demers-Allan et Luc Bordeleau, Direction de la programmation, octobre 1987.

Hébergement temporaire: rapport d'étape sur la mise en place des orientations (document de travail), Luc Bordeleau, Direction de la programmation, janvier 1987.

La qualité de vie de la clientèle: rapport synthèse du colloque du 14 mars 1987 pour membres de conseils d'administration, Direction de la programmation, avril 1987.

Les unités spécifiques..., Renée O'Dwyer, Direction de la programmation, janvier 1987 (Brochure d'information).

Immobilisations et équipement

Catalogue des fournitures et services, Direction des services administratifs, novembre 1987

Service de radiothérapie: programme fonctionnel type, six unités de traitement, Jean Filteau; Larose, Petrucci, Architectes; Trudeau, Gascon, Lalancette, Ingénieurs-conseils, Direction des services administratifs, juillet 1987.

Service de radiothérapie: programme fonctionnel type, trois unités de traitement, Jean Filteau; Larose, Petrucci, Architectes; Trudeau, Gascon, Lalancette, Ingénieurs-conseils, Direction des services administratifs, juillet 1987.

Service de radiothérapie: étude de faisabilité dans la région de Montréal métropolitain, Jean Filteau; Larose, Petrucci, Architectes; Trudeau, Gascon, Lalancette, Ingénieurs-conseils, Direction des services administratifs, juillet 1987.

Périnatalité

Bilan des travaux du comité 1986-87, comité aviseur obstétrique-gynécologie, Raymond Desnoyers, Direction de la programmation, juin 1987.

Protection de la jeunesse

Situation d'enfants en attente de services dans les directions de la protection de la jeunesse: opération liste d'attente, deuxième phase (volet accueil - évaluation - orientation): proposition d'un plan d'action pour la région du Montréal métropolitain, Chantal Lavigne, Direction de la programmation, septembre 1987.

Réadaptation

Les centres de réadaptation de la région du Montréal métropolitain (06A): identification par points de services, Direction de la programmation, juin 1987.

Les centres de réadaptation de la région du Montréal métropolitain (06A): résumé des données de chaque établissement par catégories, Direction de la programmation, juin 1987.

L'état de situation du bénévolat dans les centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs: rapport présenté à la commission administrative de la mésadaptation sociale, Marie-Andrée Lavoie, Direction de la programmation, mars 1987.

Répertoire des programmes de réadaptation pour personnes handicapées physiques disponibles dans la région 06A en établissements de réadaptation, Ginette Lavallière, Direction de la programmation, décembre 1987.

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL RÉGIONAL

Répertoires, annuaires, inventaires

Inventaire de ressources communautaires pour personnes âgées, région de Montréal métropolitain, Luc Bordeleau, Thérèse Darche et al, Direction de la programmation, janvier 1988.

Santé mentale

Mémoire concernant le projet de politique de santé mentale pour le Québec présenté à la commission parlementaire, Direction de la programmation, décembre 1987.

Révision de la sectorisation des services de santé mentale de courte durée aux adultes: rapport d'étape (document de travail), Alain Aubin, Direction de la programmation, mai 1987.

Santé scolaire

Programme-cadre de santé des jeunes en milieu scolaire: une composante de la santé des jeunes en C.L.S.C., Normand Lauzon, Direction de la programmation, août 1987.

Synthèse de la consultation sur le programme-cadre de santé des jeunes en milieu scolaire: une composante de la santé des jeunes, Normand Lauzon, Direction de la programmation, avril 1987.

Services d'urgence

Visites effectuées dans les salles d'urgence des vingt-sept (27) centres hospitaliers de courte durée de la région Montréal métropolitain: rapport annuel, Marie-France Pfeiffer, Direction de la programmation, juin 1987.

Système socio-sanitaire

Commissions administratives: règlements, Direction générale, mis à jour mars 1988.

Des services de santé et des services sociaux de qualité pour la population du Montréal métropolitain, Direction de l'information et des relations avec la population, octobre 1987 (Brochure d'information) (Aussi disponible en anglais).

Services de première ligne soins à domicile

Nouveau découpage territorial des C.L.S.C. basé sur les municipalités et les codes postaux, Normand Lauzon, Direction de la programmation, octobre 1987.

Programme de maintien à domicile et hôpital à domicile: éléments distinctifs, Pierrette Lambert, Direction de la programmation, mai 1987.

LES ABRÉVIATIONS

ABESQ	Auxiliaires bénévoles des établissements de santé du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
BSS	Bureau de services sociaux
CA	Centre d'accueil
CAH	Centre d'accueil d'hébergement
CAR	Centre d'accueil de réadaptation
CAS	Commission des affaires sociales
CASF	Commission des affaires sociales et de la famille
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CH	Centre hospitalier
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHVP	Centre hospitalier à vocation psychiatrique
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
CSSJF	Centre de services sociaux juifs à la famille
CSSMM	Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain
CSSVM	Centre de services sociaux Ville-Marie
CSSSRMM	Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain
CTMSP	Classification par types en milieu de soins prolongés
DSC	Département de santé communautaire
FCLSC	Fédération des centres locaux de services communautaires
MEQ	Ministère de l'Éducation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RAMQ	Régie d'assurance-maladie du Québec

Dépôt légal:
2e trimestre 1988

Rédaction:
Chantal Benhamron

Design:
David Silvian

Conception et réalisation:
Corégraph